

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THESE

444

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre LIZET

Né le 27 juin 1908 à Saint-Bonnet de Salers (Cantal)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS TERTIAIRE

DU CORPS DE L'UTÉRUS

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1934

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre LIZET

Né le 27 juin 1908 à Saint-Bonnet de Salers (Cantal)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS TERTIAIRE
DU CORPS DE L'UTÉRUS

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNE
11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1934

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Leon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiâ-
trie.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (E).. Pathologie médicale.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BROCC..... Pathologie chirurgicale
BULLIARD..... Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY..... Urologie.
GALLIARD..... Parasitologie.
GASTINEL..... Bactériologie.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
chirurgicale.
GAYET..... Physiologie.
GIROUD..... Histologie.
HAGUENEAU... Pathologie médicale.
HALPHEN..... Oto-rhino Laryng.
HAZARD..... Pharmacologie.
HUGUENIN..... Anatomie pathologique
JOANNON..... Hygiène.
LABBE (Henri). Chimie biologique.
LACOMME..... Obstétrique.
LANTUEJOL. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
LEMAIRE..... Pathologie expérimen-
tale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiâ-
trie.
MOREAU..... Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN..... Pathologie médicale.
OBERLING..... Anatomie pathologique
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
PIEDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES..... Obstétrique.
QUENU..... Pathologie chirurgicale
RICHEL..... Physiologie.
SANNIE..... Chimie biologique.
SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
SEZARY..... Dermatologie et syphi-
ligraphe.
TROISIERS Pathologie expérimen-
tale
TURPIN..... Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) ... Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
BUSQUET..... Pharmacologie.
CHAILLEY BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER..... Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.

MM.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 FREY..... Stomatologie.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que es opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FAMILLE ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Qui a bien voulu me faire le
grand honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse, en témoignage
de ma profonde reconnaissance.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. LEMELAND

Accoucheur à la maternité de Tenon.

Qui a bien voulu me donner le
sujet de cette thèse et m'a toujours
éclairé de ses conseils, en témoi-
gnage de gratitude pour la bienveil-
lance qu'il m'a témoignée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. DURANTE

Chef de Laboratoire d'Anatomie Pathologique à la Maternité.

Qui a bien voulu s'intéresser à ce modeste travail et a mis à ma disposition sa documentation et ses travaux personnels, qu'il trouve ici l'expression de ma vive reconnaissance.

A TOUS MES MAITRES
DES HOPITAUX DE CLERMONT-FERRAND
ET DE PARIS

INTRODUCTION ET GÉNÉRALITÉS

Au Congrès d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie qui eut lieu à Rouen en 1904, à la suite d'observations communiquées par M^{lles} Robineau, Pinard, Jeanne, Verchère fit la déclaration suivante :

« Les faits si intéressants qui viennent de nous être communiqués ouvrent les yeux sur la syphilis utéro-ovarienne et me donnent des remords. J'ai, en effet, vu mourir deux femmes de métrorragies sine materiâ contres lesquelles tout ce que j'ai tenté a échoué, et qui étaient, j'en suis sûr maintenant, de nature syphilitique. » Ces quelques mots résument tout l'intérêt de la question et toute l'histoire de la syphilis utérine.

La plupart des médecins de l'époque considéraient la syphilis tertiaire de l'utérus comme une extrême rareté et même comme inexistante : les quelques rares cas cités dans la littérature étaient considérés comme sans valeur, parce que dépourvus de preuve anatomo-pathologique et basés uniquement sur l'épreuve du traitement.

Et cependant, la syphilis de l'utérus existe, mais la pauvreté de sa symptomatologie fait qu'elle est très difficile à découvrir, et cette difficulté de son diagnostic fait qu'elle est restée très longtemps méconnue. Nous avons nous-mêmes, au cours de ce modeste travail trouvé dans la littérature plus de cent cas d'hémorragies utérines ou de lésions du col et du corps, rebelles à tous les traitements, et qui ont disparu comme par enchantement aux premières injections d'un médicament antisyphilitique.

Et comment pourrait-on admettre son inexistence ? La syphilis, maladie générale, frappant tous les organes ferait seule exception pour l'utérus. Comment pourrait-on admettre que la syphilis, maladie des vaisseaux par excellence, ferait exception pour un organe ayant trente ans de vie physiologique et présentant au cours de la gestation une vascularisation considérable ? Le tertiarisme, apapage des organes surmenés (Jeanselme), éviterait seul un utérus, même fatigué par des grossesses multiples.

La rareté des preuves anatomo-pathologiques n'est-elle pas un argument réversible ? La facilité avec laquelle les ulcérations et les gommées disparaissent sous l'influence du traitement antisyphilitique n'est-elle pas une preuve de leur nature syphilitique et n'explique-t-elle pas leur rareté à

l'autopsie ? Du fait même de l'absence de symptômes caractéristiques qui permettent de dire à première vue : il s'agit d'une syphilis utérine, le traitement d'épreuve est et restera la pierre de touche du diagnostic. Admettre le contraire ce serait, dit Fournier, faire preuve d'un « mauvais sens clinique » parce que :

« *Naturam morborum curationes ostendunt.* »

Ajoutons même les travaux des auteurs allemands qui ont cherché à porter à la question la preuve bactériologique, en recherchant sur les ulcérations du col et sur les sécrétions utérines le *Tréponéma pallidum*. Quelques-unes de ces recherches ont été couronnées de succès.

Cependant, avant de commencer ce travail, nous devons faire une distinction entre l'utérus des femmes syphilitiques qui peut être indemne de toutes lésions, et l'utérus porteur de lésions spécifiques, soit que celles-ci soient acquises, soit qu'elles soient héréditaires.

HISTORIQUE

En 1839, dans son traité : « Les maladies de la matrice », Duparque, le premier, dans une observation demeurée célèbre, a décrit la syphilis tertiaire ulcéreuse de l'utérus.

En 1862, Montanier et Velpeau ont rapporté l'observation d'une femme de cinquante ans chez laquelle ils avaient fait le diagnostic de gomme de l'utérus. La tumeur, qu'ils avaient constatée, disparut rapidement et en totalité sous l'influence d'un traitement mercuriel et ioduré intensif. Fournier, dans ses leçons sur la Syphilis tertiaire, parues en 1875 dans « le journal de l'École de Médecine », reprit cette observation de Montanier et de Velpeau, et s'appuyant sur l'épreuve du traitement, affirma avec autorité la nature syphilitique de la lésion.

Humbert Mollière (de Lyon), en présence d'une femme jeune, chez laquelle il avait soupçonné selon son expression un « ulcère utérin fongueux », institua un traitement d'épreuve au mercure et put voir les divers symptômes disparaître rapidement et totalement.

Morgan, en 1871, eut la bonne fortune de constater, à l'autopsie d'une femme de trente-deux ans, une petite tumeur ayant tous les caractères macroscopiques d'une gomme syphilitique. « Petite tumeur bien circonscrite, ferme et résistante », accompagnée d'autres petites tumeurs semblables de l'arrière-gorge et du rein gauche. Mais, il ne fut pas fait d'examen histologique. Il semble cependant que nous nous trouvons en présence de la première observation avec preuve anatomo pathologique macroscopique.

A côté de ces observations très anciennes, citons les observations un peu plus récentes d'Afanasier, de Feulard, de Wolter, de Morisani (1901) ;

Les observations des auteurs italiens et étrangers :

Spinelli (neuf cas) ; Franceschini (cinq cas) ; La Torre (deux cas) ; Aievolti (un cas) ; Betti (deux cas) ; Garofalo (un cas) ; Longui (deux cas) ; Chiarleoni (un cas) ; Nicolas de Pace (un cas) ; Mouratow (un cas) ; Joukowsky (un cas).

Les observations des auteurs français :

Saguet (un cas) ; Barthélemy (un cas) ; P. Petit (un cas) ; M¹¹⁶ Robineau (deux cas) ; Jeanne, Lefort, Siredey, Pinard (Congrès périodique d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Rouen (1904)).

Ce Congrès, où furent discutées de très belles observations, commença de porter atteinte au dogme de l'extrême rareté et même de l'inexistence de la syphilis utérine. L'année 1908 fut également une étape très importante dans l'histoire de la question. Paul Laffont, dans sa thèse de Paris sur « la Syphilis tertiaire acquise ou héréditaire de l'utérus et de ses annexes », fit un remarquable tableau de la question. Reproduisant plus de cinquante observations des auteurs déjà cités, il ajouta à cette liste une dizaine d'observations personnelles et inédites, recueillies à Saint-Lazare et à Saint-Louis.

A la suite de ce travail considérable, relatant grand nombre d'hémorragies utérines complètement guéries par un traitement antisyphilitique, beaucoup de médecins et de gynécologues ne pouvaient pas manquer, en présence de ménorragies et de métrorragies rebelles à tous les traitements, de tenter un traitement d'épreuve antisyphilitique. Aussi les observations et les travaux sur la syphilis tertiaire utérine sont-ils devenus de plus en plus nombreux.

Citons parmi les travaux les plus marquants les noms :

En France : Balzer et Lamarre, Blanc, Cardenas, Lévy-Solal, Mouchotte, Ozenne, Roulland, Siredey et Faure.

A l'étranger : Bartholomew, Coutts, Kehrer, Gellhorn, Gellhorn et Ehrenfest, Meyer, Portis, Schwarz, Sonowsky, Theoride et Mavrianopol, Norris.

En 1920, Ozenne reprenant la thèse de Laffont et la complétant d'observations personnelles, peut écrire un véritable traité de la « Syphilis de l'Utérus et de ses annexes », sur un sujet presque ignoré vingt ans auparavant.

En 1923, P. Séjournet, dans une communication à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris, et dans un mémoire à la Gynécologie, classa les diverses hémorragies utérines syphilitiques en cinq groupes, illustrant chacun d'eux de plusieurs exemples.

Enfin, pour terminer, nous allons citer les communications toutes récentes :

De Fronticelli (1927), à la Clinica Ostétrica;

De Rubinstein (1928), à la Revue Médicale Américaine;

De Kreis, de Strasbourg (1928), à la Société de Dermatologie, sur la polyménorrhée pubérale chez les jeunes filles hérédo-syphilitiques;

De Gaté (J.) et Christy (H.), 1928, au *Lyon Médical*;

De Condamin (Fr.) et Rousselin (1929) à la Société nationale de Médecine et des Sciences médicales;

De Bezzi (1932), à la Clinica Ostétrica.

Tous ces auteurs étudient des faits très différents, cars ils considèrent tantôt le col, tantôt le corps. Il faut cependant faire une discrimination. Si les observations de syphilis tertiaire du col sont nombreuses, pour des raisons que nous verrons plus loin, la syphilis du corps est beaucoup moins étudiée. Nous avons eu la possibilité d'en voir un cas recueilli dans le service de la Maternité de Tenon, par M. Lemeland, chef de service, qui a bien voulu nous donner le sujet de cette thèse. Ce cas nous a paru très intéressant parce qu'il apporte la preuve anatomo-pathologique de syphilis corporéale : il s'agit en effet d'une jeune femme opérée d'hystérectomie et dont l'utérus, à l'examen histologique, était atteint de gommès miliaires. Enfin, nous ajouterons à la liste déjà longue des métrorragies syphilitiques quelques observations inédites recueillies par M. Lemeland. Nous terminerons par une observation de Le Lorier, Durante et Mayer sur un fibrome sphacélé par artérite spécifique de l'artère nourricière de ce fibrome.

Aussi, avec Barthélémy, Laffont, Ozenne, nous adopterons tant au point de vue anatomique que clinique, la classification suivante :

1° Syphilis tertiaire du col.

2° Syphilis tertiaire du corps.

N'y a-t-il pas en effet opposition entre, d'une part :

— Le col, organe visible, directement accessible à nos sens, organe qui « souffre sous nos yeux », et qui peut être directement contaminé; et, d'autre part,

— Le corps, organe caché, sans doute palpable, mais d'abords et d'examens combien plus difficiles, organe contaminé indirectement, soit par voie sanguine, soit par le produit de conception ?

Cependant, nous ne rappellerons que très brièvement l'anatomie pathologique et la symptomatologie de la syphilis tertiaire du col plus connue et mieux étudiée. Conformément à nos observations nous nous étendrons plus longuement sur la syphilis du corps, beaucoup moins connue et décrite.

ÉTIOLOGIE

La syphilis tertiaire de l'utérus survient soit au cours de la syphilis acquise, soit plus souvent qu'on ne le pense peut-être, au cours de la syphilis héréditaire.

I. Quelles sont, au cours de la syphilis acquise, les causes du tertiarisme ? D'après Fournier, « les accidents tertiaires constituent une surprise » que rien ne permet de prévoir, pas même l'intensité des accidents primaires et secondaires : tel sujet atteint d'une syphilis grave, avec un chancre considérable, phagédénique, et des accidents secondaires importants ne fera pas d'accidents tertiaires; tel autre atteint d'un chancre bénin, qui peut même passer inaperçu, surtout chez la femme, d'une roséole et de syphilides insignifiantes, fera des accidents tertiaires graves. Il semble même que ces derniers soient plus fréquents au cours des syphilis torpides, peut être parce que ces dernières, inquiétant moins le malade, sont plus souvent négligées et très rarement traitées d'une façon suffisante.

Cependant, parmi les causes favorisantes du tertiarisme, Fournier fait jouer un grand rôle au terrain et à tout ce qui débilite ce terrain. Nous ne faisons qu'énumérer les principales causes : les infections aiguës, les infections chroniques, les maladies cachectisantes, les intoxications chroniques telles que l'alcoolisme, les influences dépressives telles que : mauvaise hygiène, mauvaise alimentation, misère physiologique, misère morale, surmenage physique, vénérien, intellectuel, mondain. Enfin, il faut faire une place à part à l'absence et à l'insuffisance du traitement : dans une statistique de Fournier portant sur 200 cas de syphilis tertiaires, où les antécédents thérapeutiques avaient été soigneusement notés, 197 n'avaient reçu aucun traitement ou un traitement insignifiant. D'après la plupart des syphiligraphes actuels, le traitement moderne, tel qu'il est pratiqué par exemple à Saint-Louis, ramènerait à 3 % les chances de tertiarisme.

Et maintenant, quelles sont les causes de localisation du tertiarisme sur l'utérus ? Il est très difficile de répondre à cette question, les cas de syphilis corporéale étant encore trop peu nombreux. Cependant, il est probable que, la syphilis étant par excellence une maladie des vaisseaux, les gestations multiples amenant des changements considérables dans la vascularisation de l'utérus sont des causes

de localisation. Il en est de même probablement des maladies utérines anciennes : la métrite parenchymateuse par exemple, également par un processus vasculaire, peut jouer le même rôle. Durante rapporte une observation de gomme développée sur l'artère nourricière d'un fibrome. Quant à la syphilis du col, la contamination directe de l'organe doit jouer un certain rôle : la syphilis tertiaire se développant plus facilement sur un organe déjà lésé aux époques primaire et secondaire.

II. Les accidents tertiaires de l'utérus surviennent très fréquemment au cours de syphilis héréditaire. Nous verrons que la recherche des antécédents, même chez des personnes de bonne foi, est le plus souvent négative. D'autre part, les hémorragies syphilitiques surviennent très souvent chez des personnes jeunes, assez fréquemment chez des jeunes filles vierges. « Un facteur pathogénique relativement peu connu des praticiens, et peut-être plus fréquent qu'on ne le pense est constitué par la tendance aux hémorragies de la syphilis héréditaire. Il y a quelques années, nous avons eu l'occasion de soigner une jeune fille présentant des ménorragies sérieuses au moment des règles. Son état général était grave et même inquiétant. Localement, rien ne pouvait expliquer ces hémorragies qui ne cédaient à aucune thérapeutique. Bien que nul in-

dice n'attira notre attention du côté de la syphilis, nous y avons pensé, et nous avons eu l'idée, heureuse en l'espèce, de faire pratiquer un examen sérologique chez cette jeune fille et chez les parents. Le résultat s'est révélé positif; un traitement a été mis en œuvre immédiatement et, après quelques mois, la santé de cette jeune fille se transformait et elle était méconnaissable. Les règles étaient redevenues normales en durée et en quantité. » (Rudaux.)

Il y a quelques années, Kreis de Strasbourg a décrit sous le nom de « polyménorrhée pubérale » des premières règles abondantes et prolongées chez des jeunes filles hérédo-syphilitiques certaines. D'ailleurs, dans les huit observations qu'il rapporte, le traitement antisiphilitique a fait disparaître rapidement ces ménorragies virginales.

D'autre part, l'absence de réactions sérologiques positives chez des femmes atteintes de métrorragies syphilitiques, comme dans l'observation de Mouchotte que nous rapportons, ou chez des femmes présentant des morts habituelles de fœtus in utero, est une preuve en faveur de la syphilis héréditaire, car dans ce cas, ainsi que nous montrerons les réactions sérologiques sont inconstantes et réduites à 10 à 12 % des cas positifs.

Enfin, le pouvoir abortif de la syphilis héréditaire

est aussi grand, sinon plus que celui de la syphilis acquise, car c'est moins les syphilis connues qui avortent que les syphilis ignorées. C'est d'ailleurs l'opinion de Fournier : « L'influence abortive de la diathèse s'étend donc, je n'en saurais douter, à une période plus reculée de la maladie qu'on ne le dit et qu'on ne le croit généralement. »

Et si l'on recherche soigneusement dans les antécédents héréditaires, on trouve bien souvent une syphilis de la première génération. Dans beaucoup de cas, le père est coupable : On apprendra, comme dans l'observation de Mouchotte qu'il est mort de syphilis cérébrale, ou de paralysie générale comme dans une observation de Lemeland, d'autre fois de tabès.

En résumé, la syphilis tertiaire de l'utérus, survenant parfois au cours d'une syphilis acquise, est plus fréquemment qu'on ne pense, une syphilis héréditaire et souvent une syphilis paternelle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Syphilis du col. Syphilis du corps.

Avec les auteurs déjà cités, nous adopterons le tableau suivant :

Syphilis tertiaire du col :

- 1° Forme ulcéreuse;
- 2° Forme gommeuse;
- 3° Forme ulcéro-gommeuse;
- 4° Forme scléreuse;
- 5° Forme leucoplasique.

I. *Forme ulcéreuse.* — C'est la plus fréquente des lésions syphilitiques tertiaires du col. Nous signalerons les descriptions de Molière de Lyon, de Ricord, surtout de Fournier, d'Ozenne, de Laffont et les reproductions du musée de l'Hôpital Saint-Louis. Ici, nous ne ferons que résumer les caractères principaux :

C'est une ulcération qui siège dans les deux tiers

des cas, au centre même du museau de tanche, mais elle peut être excentrique, parfois même peu visible parce qu'en grande partie endo-cervicale.

De dimensions variables, d'une pièce de 50 centimètres à un franc, elle est régulièrement arrondie ou ovalaire, bien dessinée, comme tracée au compas. Ses bords sont creusés à pic comme à l'emporte-pièce.

Son fond est propre, sans suppuration, sans suintement sanguin, coloré en rouge vif avec un piqueté de points jaunâtres ou grisâtres, plus rarement coloré en rouge sombre ou violacé.

Très souvent, ce fond est tapissé d'une couenne pseudo-membraneuse, d'aspect diphtéroïde, régulière et sans bavures, parfois d'aspect bourbillonneux. Ce caractère serait très important et spécifique des lésions syphilitiques. Cette ulcération est indolore et aphlegmasique.

II. *Forme gommeuse.* — Plus rare que la forme précédente, il peut s'agir :

Soit d'une gomme diffuse, modifiant le col dans sa consistance, dans sa configuration, dans son volume. Le col est plus dur, plus rigide, soit dans sa totalité, soit dans une partie seulement, une lèvre par exemple, non douloureux, aphlegmasique.

Soit d'une gomme bien circonscrite, isolée, don-

nant l'impression d'un noyau de cerise sous la muqueuse.

III. *Forme ulcéro-gommeuse.* — « Qui dit gomme, dit ulcération possible. » (Barthélémy.) Cette forme n'est qu'un ensemble des deux précédentes : C'est une ulcération déjà décrite reposant sur une induration gommeuse.

IV. *Forme scléreuse.* — Par un processus vasculaire, « la syphilis est une maladie sclérosante au premier chef », qu'il s'agisse soit d'un chancre, soit d'une syphilis secondaire ou tertiaire. Bien décrite par Doléris, elle présente deux variétés qui en somme ne sont que deux stades de développement de la même forme :

L'une : hypertrophique, la première en date; c'est une induration élastique, d'aspect grisâtre, ardoisé, de volume parfois considérable, donnant un col en « bouchon de champagne ».

L'autre : atrophique, succédant à la précédente, col de volume très petit, comme un utérus infantile ou un utérus de femme très âgée, de consistance dure, comme cartilagineuse.

V. *Forme leucoplasique.* — Sans entrer ici dans toutes les discussions, nous admettons, avec la plupart des auteurs modernes, que la leucoplasie est

d'origine syphilitique dans 95 % des cas. Les auteurs qui l'ont décrite, en particulier Jayle (F.) et Bender (X.), font jouer un grand rôle dans son étiologie aux causes irritatives et la comparent à la leucoplasie buccale. De même que le tabac, l'alcool, la malpropreté buccale, le mauvais état dentaire et alvéolaire favorisent l'apparition de la leucoplasie buccale, de même la leucorrhée de la métrite chronique, la malpropreté favorisent l'apparition de la leucoplasie utérine. Il existe la même analogie dans la dégénérescence cancéreuse fréquente de la leucoplasie : c'est la théorie de l'hybridité cancéro-syphilitique de Verneuil et de son élève Ozenne qui est adoptée aujourd'hui par la plupart des otorhino-laryngologistes au sujet des épithéliomas de la langue.

Voici les principaux caractères de la leucoplasie du col ; ce sont des plaques de tissu blanchâtre, adhérentes, entourées de bords rougeâtres. D'autre fois, le tissu prend un aspect bleuâtre, nacré, luisant, comme une aponévrose. Parfois, ce tissu est disposé en bandes parallèles ou entrecroisées, formant un véritable quadrillage en mosaïque, d'aspect muriforme ou de langue scrotale. Jayle et Bender ont insisté sur la différenciation de la vraie et de la fausse leucoplasie : cette dernière est constituée par un dépôt blanchâtre, non adhérent, sur le col

des femmes atteintes depuis longtemps de métrite. A l'essuyage avec une compresse la fausse leucoplasie disparaît rapidement.

Syphilis du corps :

Nous insisterons surtout sur l'anatomie pathologique des observations que nous publions plus loin in-extenso.

Les lésions essentielles qui ont été observées sont des gommes miliaires siégeant sur les vaisseaux : car la syphilis utérine, comme la syphilis de tous les autres organes, frappe les vaisseaux avec une prédilection remarquable. Ce sont donc des gommes soit au pourtour des vaisseaux, soit intéressant la paroi même de certains gros vaisseaux. En dehors de ces gommes, il y a presque toujours une infiltration diffuse plus ou moins accusée du stroma.

I. Dans l'observation recueillie par M. Leme-land, à la maternité de Tenon, l'examen de l'utérus fut pratiqué par M. Durante qui fit la réponse suivante : « Macroscopiquement, utérus volumineux, violacé, à type d'utérus infecté.

Microscopiquement, la zone sous-muqueuse de cet utérus est fortement infiltrée d'éléments inflammatoires.

Mais, plus profondément, dans toute l'épaisseur

du myomètre, cette infiltration fait défaut. Par contre, on y constate de nombreux nodules inflammatoires péri-vasculaires qui ont tous les caractères de gommes miliaires, portant sur les vaisseaux de petit calibre. Pas de sclérose; par contre, mauvaise circulation marquée par de l'œdème interfasciculaire.

Il s'agit donc d'une syphilis utérine, compliquée d'une infection locale secondaire.

II. Dans l'observation de Durante, publiée plus loin in-extenso, il est rapporté un cas de dégénérescence de fibromes intrapariétaux par artérite spécifique. Voici la description anatomo-pathologique : « L'utérus incisé sur la ligne médiane, ne présentait rien de notable macroscopiquement. Mais, en affranchissant la surface de section, on met en évidence, dans l'épaisseur de la paroi, vers le bas du tiers moyen, deux gros noyaux de la dimension d'une cerise, à contenu ramolli, jaunâtre et strié de sang siégeant plus près de la face externe, sans laquelle ils font une légère saillie.

« Leur apparence fait penser d'abord soit à des métastases de déciduome malin, soit à des nodules d'endométriome. L'examen histologique montre les lésions suivantes : Le centre de ces noyaux est formé par un putrilage de cellules complètement dégénérées. Dans son voisinage s'étendent plusieurs plages

fibreuses. La périphérie, au contraire, est constituée par des cellules musculaires jeunes, fusiformes courtes, en prolifération active, fortement tassées les unes sur les autres et constituant une zone vivace envoyant des fusées d'éléments proliférants entre les îlots scléreux.

« L'ensemble du noyau est imparfaitement lobulé par des travées scléreuses assez fortement chargées de noyaux et conduisant à des vaisseaux principaux atteints presque tous de méso et d'endoartérite parfois presque oblitérante.

« Ces fibromes n'ont pas de limites nettes; toutefois, le passage est assez rapide avec le muscle utérin voisin. On note quelques amas inflammatoires, dont certains ont une topographie périvasculaire et des plages d'œdème interstitiel intense, dissociant le muscle utérin à un degré rarement atteint.

« Dans le reste du myomètre, on relève une réaction inflammatoire diffuse, discrète, dans les travées interstitielles, avec souvent renforcement périvasculaire. Mais il existe surtout d'anciennes lésions caractérisées par des faisceaux dont les éléments musculaires sont en voie de disparition par atrophie, étouffés par une intense sclérose intrafasciculaire.

« Certains gros vaisseaux, enfin, présentent une dégénérescence vacuolaire de presque toute leur paroi contractile. »

Enfin, Durante insiste également sur la dégénérescence de certains faisceaux musculaires mal nourris, ainsi que sur la dissociation d'autres faisceaux du myomètre par un œdème parfois abondant : toutes lésions susceptibles de diminuer la résistance de la paroi musculaire.

ETUDE CLINIQUE

SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons montré, au cours de l'historique, que la syphilis tertiaire de l'utérus était restée très longtemps méconnue de la plupart des médecins et que ce fait s'explique surtout par la pauvreté de la symptomatologie. Et même à l'heure actuelle, il n'existe aucun symptôme vraiment pathognomonique qui permette d'affirmer à coup sûr la nature syphilitique d'une lésion utérine. Nous ne saurions mieux commencer ce chapitre qu'en rapportant ce que Fournier écrivait sur la syphilis gastrique et qui s'applique très bien à la syphilis utérine. « S'il est une vérité bien établie par les recherches modernes, c'est que la syphilis est bien loin de se traduire partout et toujours par des symptômes spéciaux. Des symptômes spéciaux, elle n'en a que pour ses manifestations extérieures, appréciables à l'œil,

mais n'en a pas en tant qu'expression d'accidents viscéraux. Alors qu'elle affecte les viscères, elle ne se traduit que par des troubles fonctionnels d'ordre commun. Je mets au défi qu'on cite à propos de viscéropathies spécifiques un seul symptôme spécial qui n'appartienne qu'à la syphilis, que la syphilis soit seule à produire. Et en vérité, il ne saurait en être autrement. Un viscère qui souffre n'a pas une plainte spéciale adaptée à la nature de telle ou telle cause qui l'a rendu malade. Il se plaint et ne peut se plaindre qu'à sa façon, et toujours de la même façon (ou bien peu s'en faut) quelle que soit la nature de son mal. En tout état de cause, il traduit sa souffrance par des troubles fonctionnels qui ne sauraient avoir rien que de banal. »

L'utérus atteint de lésions tertiaires réagira par les symptômes vulgaires, par les troubles fonctionnels qui lui servent à l'expression de toutes ses affections.

SYPHILIS DU COL.

Signes physiques. — Le col étant directement accessible à nos sens, à notre vue et à notre toucher, les signes physiques seront les plus importants.

L'examen au spéculum permet de découvrir une

ulcération. Nous avons déjà décrit au chapitre de l'anatomie pathologique les caractères distinctifs et les diverses variétés de cette ulcération. Disons ici seulement qu'elle doit éveiller en nous l'idée de syphilis, lorsqu'elle a la configuration très caractéristique en fer à cheval ou en C majuscule, lorsqu'elle est recouverte d'une couenne pseudo-membraneuse d'aspect diphtéroïde ou bien lorsque son fond, entouré de bords creusés à pic, présente un aspect jaunâtre bourbillonneux.

L'examen au spéculum peut encore montrer une leucoplasie typique, ou encore un col déformé soit dans son ensemble, soit dans une partie seulement, une lèvre par exemple.

Et c'est ici que le toucher vaginal sera d'un précieux secours. Il permettra de reconnaître, soit une induration diffuse, soit une induration localisée, circonscrite et l'on pourra penser alors à la possibilité d'une gomme et tenter le traitement d'épreuve.

Signes fonctionnels. — Il n'existe le plus souvent aucun symptôme fonctionnel. La syphilis est une maladie torpide, qui évolue sans douleur et sans réaction inflammatoire. De même qu'un chancre syphilitique peut passer inaperçu chez bien des femmes, de même une gomme peut évoluer pendant des mois vers l'ulcération sans douleur et sans réaction. Cette indolence et cette aplegmiasie caractéris-

tique peuvent distinguer la syphilis de bien des affections douloureuses et inflammatoires de l'utérus.

SYPHILIS DU CORPS

Signes physiques. — La syphilis du corps utérin se manifeste plus par des troubles fonctionnels que par des signes physiques. Sans doute, nous avons trouvé quelques rares observations où le toucher vaginal, combiné au palper a permis de percevoir certaines modifications de volume et de consistance du corps utérin, certaines bosselures suspectes; mais il s'agit d'exception et la plupart du temps les signes physiques sont insuffisants. C'est par les signes fonctionnels qu'on arrive au diagnostic de syphilis utérine et parmi ceux-ci deux sont dominants tant par leur fréquence que par leur importance :

Les hémorragies;

Les troubles gravidiques : Nous verrons qu'une grossesse vient très souvent dévoiler une syphilis ignorée parce qu'héréditaire, ou même connue, mais soigneusement cachée.

Enfin, l'enquête, l'examen clinique complet de la malade, les examens sérologiques nous serons d'un précieux secours pour porter le diagnostic de syphilis.

Symptômes fonctionnels.

I. Les *Hémorragies utérines*. — C'est le symptôme primordial « acquérant une importance considérable tant par ses modalités de résistance aux agents thérapeutiques ordinaires que par son intensité et sa gravité. Voilà ce qu'il faut savoir. Ce signe commun à tant d'autres affections gynécologiques, quand il réalise cette modalité de résistance à la médication ordinaire et cette gravité, prend une valeur de premier ordre. Il domine toute l'histoire clinique de la syphilis utérine, comme l'artérite domine toute son histoire anatomo-pathologique. » (Mouchotte).

Ces hémorragies sont d'abondance variable tantôt elles sont minimales, pouvant passer inaperçues, réduites à un léger suintement sanguin avec aux époques des pertes un peu plus abondantes et prolongées, tantôt, et c'est le plus souvent, elles sont considérables, pouvant conduire la malade en quelques mois à un état d'anémie extrême et même à la mort. Verchère a rapporté deux cas de mort survenus en quelques jours à la suite d'hémorragies utérines qu'aucun traitement n'a pu arrêter. Pour Franceschini même, tous les cas de morts survenus à la suite de métrorragies qui n'ont pas fait leurs preuves, métrorragies sine materiâ, seraient dûs à la syphilis utérine.

Leur début est variable et peut remonter à la puberté. Kreis, de Strasbourg, dans une communication récente à la société de Dermatologie (1928), décrit sous le nom de « polyménorrhée pubérale » des premières règles abondantes et prolongées pendant huit à dix jours, survenant chez des jeunes femmes hérédo-syphilitiques. Il rapporte ainsi huit observations où la spécificité ne fait aucun doute. D'après lui, ces sujets auraient une puberté tardive, survenant vers l'âge de seize à dix-huit ans.

Séjournet, dans un mémoire à la Gynécologie, a fait une étude remarquable sur les hémorragies de la syphilis tertiaire de l'utérus. Il les classe en cinq groupes.

Dans un premier groupe : hémorragies syphilitiques primitives, rentrent les cas qui surviennent sans prodromes, chez « des sujets syphilitiques n'ayant en apparence aucune tare utérine ». Elles peuvent survenir soit à l'occasion d'une période menstruelle, soit en dehors des règles, peuvent rester un accident isolé : les règles ultérieures redevenant normales, ou devenir le point de départ d'une longue série d'hémorragies. Dans ce groupe rentrent une observation personnelle et les observations d'Ozenne, Nicolas de Pace, M^{lle} Robineau, Dalché, Joukowsky.

Dans un deuxième groupe, les ménorragies syphilitiques sont rapportées les observations de Barthélémy, de Betti, Spinelli, Cardenas. Ce sont le plus souvent des malades hérédosyphilitiques qui voient leurs règles augmenter progressivement d'abondance et de durée. Dans l'intervalle des règles tout est normal, aucune perte sanguine. Ce sont des cas où la syphilis est difficile à dépister. En effet, où commencent et où finissent les règles abondantes normales et les ménorragies ?

Dans un troisième groupe : les métrorragies syphilitiques, les plus importantes et les plus fréquentes, rentrent des observations d'Ozenne, Franceschini, Spinelli. Les métrorragies sont le plus souvent précédées d'un stade ménorragique. Il s'agit, le plus souvent, d'une syphilis ancienne ou héréditaire. On trouve dans ces cas, du moins au début, une apparence de régularité menstruelle. Il existe des périodes de plus en plus courtes, sans écoulement sanguin ou seulement avec un léger suintement, puis la fatigue, les efforts, les voyages, les menus traumatismes (coït, injections), déclancheront les crises. C'est dans ces cas que les hémorragies conduisent rapidement les malades à l'anémie extrême, anémie qui peut pousser la main du chirurgien à pratiquer l'hystérectomie et le faire opérer dans de mauvaises conditions (Morisani).

Ozenne, ayant constaté la coexistence de tuméfaction ovarienne dans quelques cas, en conclut que les métrorragies sont sous la dépendance de troubles ovariens. Y a-t-il là une relation de cause à effet ou une simple coïncidence ? Il s'agirait plutôt d'une coïncidence, nombreux sont les cas de métrorragies sans gomme ou dégénérescence sclérokystique des ovaires. Vraisemblablement, il faut rechercher la cause de ses hémorragies dans des troubles vasculaires, des artérites, comme nous allons le voir.

Dans un quatrième groupe, hémorragies du post-partum ou post abortum, sont citées des observations de Saguet, Gaillard, Laffont, Garofalo, Mouratow. Il faut être très prudent pour affirmer la nature syphilitique des hémorragies des suites de couches, et dans ce cas le curettage doit être pour l'accoucheur, le chirurgien, le gynécologue, la clef du traitement, avant toute tentative de traitement antispécifique.

Enfin, dans une dernier groupe, hémorragies syphilitiques après la ménopause, ou hémorragies de vieilles femmes, on trouve cinq observations de Spinelli. La plupart du temps, les hémorragies coexistent ou alternent avec des écoulements leucorrhéiques, des pertes brunâtres, roussâtres, d'odeur infecte. L'état général est rapidement pré-

caire, même avec des pertes pas très abondantes, ce qui fait penser, en raison de l'âge surtout, à la possibilité d'un cancer.

Enfin, à titre de curiosité, Jonkowsky rapporte un cas de syphilis utérine chez un nouveau-né, avec ménorragies abondantes qui survinrent au moment de la puberté en miniature des premiers jours après la naissance et qui se terminèrent par la mort.

En résumé, il s'agit d'hémorragies le plus souvent si abondantes qu'elles peuvent conduire la malade à un degré extrême d'anémie et même à la mort. Elles résistent avec une tenacité remarquable à tous les traitements et ne disparaissent qu'au traitement antisiphilitique : Ce dernier a pu réaliser, dans les cas les plus désespérés, de véritables résurrections. Nous rapportons plus loin, comme exemple, une observaiton de Mouchotte : une femme, dont le père est mort de syphilis cérébrale, présente un « calvaire ensanglanté » qui dure plusieurs années. Tout l'arsenal thérapeutique : repos absolu, crayons caustiques, injections chaudes, cure à Luxeuil, curetages répétés, opothérapie, traitement électrique, reste sans résultat. A la première injection de Novar, les pertes diminuent; à la troisième injection, elles disparaissent totalement.

II. *La douleur.* — On a cité dans quelques cas la douleur spontanée et provoquée du corps, ou tout au moins une sensation spéciale, une gêne qu'on détermine à la pression. Il semble, de l'avis de la plupart des auteurs que ce signe est très rare. La syphilis du corps, comme celle du col est indolore. Il semble qu'il s'agit plutôt d'une complication : une gomme considérable peut déterminer des compressions d'organes et entraîner, comme certains fibromes ou kystes de l'ovaire, de la pesanteur et des tiraillements dans le bassin (Ozenne-Laffont).



Voilà, en somme, toute la symptomatologie de la syphilis tertiaire corporéale : des signes physiques pour ainsi dire inexistants, mais des signes fonctionnels plus importants et plus fréquents : les hémorragies qui restent le symptôme capital, dominant, de la syphilis tertiaire de l'utérus. Mais peut-on expliquer ces hémorragies d'après l'anatomie pathologique et d'après la physiologie ? En d'autres termes, existe-t-il une correspondance entre le symptôme et les lésions ?

Causes et mécanisme des hémorragies syphilitiques. — Il eût été, il y a quelque temps, très diffi-

cile de répondre à ces questions et d'établir la physiologie pathologique de ces pertes de sang. Des travaux récents apportent à cet égard des lumières nouvelles et une explication satisfaisante.

G. Durante, reprenant les travaux de Keiffer, dans une série de communications et dans un article récent de la *Presse Médicale*, a attiré l'attention sur la complexité de la structure des parois des vaisseaux utérins auxquels prennent part des faisceaux musculaires voisins du myomètre. Il a décrit des organes complexes, les glomi utérins, sorte de « cœurs périphériques », de lacunes situées à l'intérieur du myomètre, sans tunique propre, sans autre paroi que les fibres musculaires environnantes. Ces organes complexes ne sont pas de simples conducteurs sanguins, mais des régulateurs autonomes chargés d'assurer une pression constante. Ce sont aussi des répartiteurs qui, par le jeu de sphincters, aiguillent le sang dans telle ou telle direction. Voici, d'ailleurs, d'après G. Durante lui-même, la physiologie du glomus utérin : « A une structure, à des réactions semblables doivent correspondre des fonctions analogues. Les glomi sont des manomètres, des régulateurs de la circulation, dont les vaisseaux surveillent, en quelque sorte, la pression qui sera réglée, soit *in situ* par la paroi

vasculaire, soit à distance par les filets du sympathique.

« Par analogie, on peut donc considérer la couche moyenne du corps utérin comme un glomus énorme, un régulateur autonome destiné à assurer automatiquement, par des réflexes vasculaires locaux, une circulation en rapport avec l'état fonctionnel de l'organe, à faire face aux poussées menstruelles et, pendant la grossesse à maintenir dans les lacs placentaires une pression normale, quels que soient les à-coups de la circulation maternelle.

« Les fonctions complexes sont remplies par un double mécanisme que la structure des vaisseaux nous permet d'entrevoir. Les sangles obliques, les faisceaux longitudinaux, entraînent, par leur contracture, des mouvements de réptation qui refoulent le sang et activent la circulation. Il en est de même des faisceaux des myomètres disposés concentriquement autour d'une lacune, tandis qu'au contraire les fibres radiées agissent comme pompe aspirante.

« Ce sont là de véritables petits cœurs périphériques artériels et veineux réagissant automatiquement aux sollicitations de la pression intravasculaire. Les uns activent l'écoulement du sang de retour. Les autres, ou bien remédient à l'insuffisance

éventuelle de l'impulsion cardiaque (amortie par la distance ou par la compression gravidique des vaisseaux abdominaux), ou bien la renforcent lorsqu'il s'agit de parer au travail supplémentaire de la menstruation ou de la grossesse.

« Mais le sang ne suit pas une direction constante. Les sphincters variés, disposés à l'embouchure des collatérales en diminuant par étranglement le calibre des vaisseaux, constituent un système répartiteur qui pourra soit modérer ou abolir l'afflux sanguin dans une région, soit l'aiguiller dans les lacunes de retenue ou dans les voies demeurées perméables. »

Cette conception nouvelle des vaisseaux utérins permet d'établir un certain rapport très vraisemblable entre les métrorragies et les lésions syphilitiques de l'utérus. Celles-ci sont avant tout des lésions vasculaires, soit que les gommes miliaires intéressent la paroi du vaisseau, soit qu'elles occupent la tunique externe, siège d'un important réseau nerveux. Leur développement doit troubler, sinon détruire, le fonctionnement automatique de ces parois et amener des perturbations de plus en plus importantes dans la circulation utérine. Les régulateurs ne marchant plus, il doit se produire des « à-coups », des poussées de surpression qui rompent les capillaires de la muqueuse :

« La syphilis du corps utérin serait avant tout une lésion du glomus utérin » (Durante). Les lésions expliquent donc les hémorragies. Elles pourraient expliquer aussi les avortements précoces, suscités peut-être par des troubles circulatoires entraînant le décollement du placenta (Durante).

DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS

I. Les troubles gravidiques.

L'importance de la syphilis en obstétrique est considérable. La syphilis, le plus souvent ignorée parce qu'héréditaire et pouvant remonter à plusieurs générations, ou même connue mais inavouée parce que considérée comme « maladie honteuse » par un préjugé social tenace, est fréquemment révélée au médecin par un trouble gravidique. Que de femmes, sans passé pathologique, sans antécédents personnels et qui se croyaient en parfaite santé et exemptes de toute tare, ont été reconnues syphilitiques à l'occasion d'une première grossesse ! Nous envisagerons dans ce chapitre l'ensemble des troubles provoqués par la syphilis au cours de la grossesse et sur le produit de conception : les uns sont des gros signes qui permettent de suspecter la syphilis même en l'absence de tout autre trouble et des réactions sérologiques, — d'autres, les petits signes, contestés par beaucoup, ont moins de va-

leur parce que la syphilis n'est pas la seule à les produire, cependant lorsqu'ils sont associés ils peuvent acquérir une certaine importance.

D'abord, nous laisserons de côté la syphilis en tant que cause fréquente de stérilité, tant masculine que féminine, et nous envisagerons rapidement la question de la syphilis conceptionnelle.

En 1837, un médecin anglais, Colles, et en 1840, un médecin français, Baumès, formulèrent la loi suivante :

« Un enfant procréé syphilitique par un père syphilitique n'infecte jamais sa mère saine en apparence qui peut, par conséquent, nourrir son enfant sans aucune crainte. »

En 1865, Profeta formula à son tour la loi suivante : « Un enfant sain, né d'une mère syphilitique, ne peut être infecté ni par le lait ni par les baisers de sa mère; il ne perd cette immunité que lorsque son organisme a été complètement rénové par la croissance. »

En somme, il ne s'agit ici que d'une seule et même loi appliquée tantôt à la mère et tantôt à l'enfant. Sans entrer dans toutes les discussions, la théorie actuellement admise et qui paraît la plus vraisemblable est que ces deux prétendues immunités ne sont que des preuves de double contagion : une femme qui donne naissance à un

enfant syphilitique est elle-même syphilitique, qu'elle ait été contaminée soit directement par le père, soit indirectement par le produit de conception, et réciproquement un enfant syphilitique à la naissance est né d'une mère syphilitique. En voici d'ailleurs une preuve : Nobécourt, qui a étudié simultanément les réactions sérologiques chez la mère et chez l'enfant, a obtenu sur 100 cas les résultats suivants :

Négatives chez la mère et chez l'enfant :
66,17 fois.

Positives chez la mère et chez l'enfant :
23,52 fois.

Positives chez la mère seule : 7,35 fois.

Positives chez l'enfant seul : 2,95 fois.

Et maintenant que faut-il penser de la syphilis contractée par la mère au cours de la grossesse ? Une contagion avant le septième mois donnerait un enfant syphilitique, après cette date, un enfant indemne de syphilis. Mais on a cité de nombreux exemples d'enfants syphilitiques avec une contagion maternelle postérieure au septième mois et il semble qu'il faille reculer cette date. La contagion fœtale ayant lieu vraisemblablement par voie sanguine, l'enfant naîtrait syphilitique chaque fois que la dissémination tréponémique dans le sang, marquée cliniquement par la sérologie positive, aurait eu le temps d'avoir lieu.

I. *Les gros signes de syphilis.* — Le premier de tous, le plus important par sa fréquence et sa valeur, est l'expulsion répétée de fœtus morts ou macérés. « La syphilis est la grande avorteuse » (Bar) et cela est vrai soit pour la syphilis acquise soit pour la syphilis héréditaire : « Il n'est pas nécessaire que les procréateurs eux-mêmes soient atteints directement de l'infection. La syphilis de la seconde génération agit de même » (Brindeau et Lemeland). L'interruption habituelle de la grossesse (mort habituelle du fœtus) avant le sixième mois (avortement) ou après cette limite (accouchement prématuré), lorsqu'elle n'est expliquée par aucune autre cause, acquiert pour le diagnostic plus d'importance que toutes les réactions sérologiques, qui peuvent être profondément troublées par l'état gravidique et dont la négativité n'exclue pas à coup sûr la syphilis. Et, d'ailleurs, la preuve en est donnée par le traitement antisiphilitique qui permet, dans beaucoup de cas, de conduire les grossesses ultérieures à terme, même en l'absence de Wasserman positif.

L'examen du produit de conception vivant soit à terme, soit prématuré a aussi une grande importance, car « l'enfant est très souvent le dénonciateur de la syphilis des procréateurs » (Rudaux). Il a été fait de nombreuses descriptions du nou-

veau-né syphilitique, nous ne ferons que rappeler ici brièvement ses principaux caractères : il s'agit le plus souvent d'un débile, « petit vieux hérédosyphilitique » présentant un gros foie, une grosse rate, une ascite avec circulation collatérale, — des manifestations cutanées telles que purpura, pemphigus palmo-plantaire, ulcérations à l'anus, aux narines (coryza syphilitique), aux lèvres (Rhagade), sur la langue, le voile du palais, — destesticules scléreux avec hydrocèle, — des malformations congénitales telles que spina-bifida, bec de lièvre, pied bot, déformations osseuses, nez en lorgnette, perforation palatine, amputations congénitales, etc... C'est surtout Bar qui a insisté sur le pouvoir « tératogène » de la syphilis héréditaire, et sur ses monstruosités.

Enfin, très souvent, le placenta est touché par la syphilis : « Il est hypertrophié, œdématié, de couleur spéciale rose sale, dite chair à saucisse. Il n'observe pas le rapport habituel de $\frac{1}{6}$ ou $\frac{1}{7}$ du poids du fœtus, mais pèse 800, 1.000, 1.500 grammes pour un enfant de 3.000 grammes ou moins » (Jeannin). Le rapport devient de $\frac{1}{6}$, $\frac{1}{5}$ et $\frac{1}{7}$. $\frac{1}{4}$. Ces modifications sont dues à des artérites.

II. *Les petits signes.* — Ils sont nombreux, en voici les principaux :

L'hydramnios aigu et chronique est souvent de

nature syphilitique. Bar a relevé à la Maternité 489 cas d'hydramnios et voici les proportions qu'il donne pour 100 cas :

44 cas où l'enfant naît vivant et bien constitué;

37 cas où l'enfant est mort-né ou bien meurt immédiatement après la naissance, porteur de lésions syphilitiques.

« Si la syphilis intervient pour provoquer l'hydramnios, c'est parce qu'elle est une cause de graves lésions hépatiques chez le fœtus. Celles-ci, siégeant autour des vaisseaux portes, provoquant une stase dans le domaine de la veine ombilicale, d'où œdème du placenta et transsudation abondante de liquide à travers l'ammios » (Bar).

La grossesse gémellaire univitelline biammotique et monoammiotique est très souvent de nature syphilitique. Bar la considère comme une monstruosité, provoquée par le pouvoir tératogène de la syphilis, ainsi que les diverses dystrophies et monstruosités fœtales qui en résultent.

Enfin, l'excès de volume du fœtus avec des parents normaux, et surtout avec un père de corpulence moyenne, — une légère disproportion fœtoplacentaire, — certaine albuminurie massive, non influencée par le régime, peuvent quelquefois faire penser à la syphilis, mais avec beaucoup de prudence.

Au moment de l'accouchement, on a signalé une certaine fragilité des membranes : dans l'observation que nous rapportons, il y a eu des ruptures prématurées des membranes à deux accouchements successifs, l'une 48 heures avant, l'autre plus de trois jours avant. Nous laisserons de côté les dystocies par résistance des parties molles due à la sclérose syphilitique. On a signalé également des hémorragies de la délivrance : dans notre observation, il y a eu une très forte hémorragie qui a nécessité des injections massives de sérum et même des transfusions, mais nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'hémorragies dues à des troubles vasculaires syphilitiques, mais à l'inertie utérine causée par la longueur du travail et l'expulsion d'un fœtus macéré et putréfié.

Toujours dans notre observation, les deux accouchements ont été suivis d'infection puerpérale. Un utérus syphilitique, présentant des gommes miliaires, favoriserait-il l'infection puerpérale par un processus vasculaire diminuant la résistance et la défense de l'organe aux infections ? Peut-être s'agit-il que d'une simple coïncidence ; en tout cas l'insuffisance du nombre des syphilis utérines ne permet qu'une hypothèse.

II. L'examen clinique de la malade.

Un examen complet, fait avec beaucoup de soins, peut nous être d'un précieux secours pour le diagnostic de la syphilis : il peut nous montrer par exemple soit des lésions cutanées en évolution telles que des gommès, soit des plaques de leucoplasie buccale, soit des traces d'anciennes lésions telles que des cicatrices suspectes. Une abolition des réflexes tendineux, un signe d'Argylle, de Romberg, un trouble psychique quelconque peuvent nous mettre sur la voie de bien des affections nerveuses spécifiques. Une auscultation de cœur peut nous permettre d'entendre un souffle d'aortite.

Nous avons trouvé, dans la littérature, de nombreux exemples où la coexistence d'autres lésions a permis de penser à la syphilis utérine et de tenter l'épreuve décisive du traitement. En voici quelques exemples :

Dans un cas de Morgan, il existait des gommès de l'arrière-gorge et du rein droit.

Dans un cas de Gelli, la malade présentait une exostose pré-tibiale gommèsous-cutanée de la jambe.

Dans une observation de Spinelli, la malade présentait une gomme de la paroi postérieure du vagin.

Une malade de M^{11e} Robineau, et une autre de

Mourakow, présentaient des cicatrices suspectes, indélébiles, entourées d'une zone légèrement pigmentée : il s'agissait probablement de cicatrices de gommès et le traitement antisypilitique, en guérissant les métrorragies, en apporta la confirmation.

Enfin, l'examen clinique des ascendants, lorsqu'il est possible et lorsque le sujet s'y prête, leur examen sérologique, ne sont pas dans certains cas à dédaigner, car, comme nous le verrons à propos de l'étiologie, la syphilis utérine est surtout une syphilis héréditaire. De même, les enfants « témoins de la contagion maternelle » devront être examinés : ils pourront présenter des stigmates d'hérédosyphilis.

III. La recherche des antécédents.

La tâche n'est pas toujours facile. Malgré les efforts des groupements publics et privés qui cherchent à dépister la syphilis et à réaliser la prophylaxie de ce fléau social, la syphilis reste encore dans le public une « maladie honteuse ». Aussi, dans cette enquête, faudra-t-il déployer du tact et de l'adresse, inspirer confiance à la malade, être d'une grande discrétion pour éviter les drames de famille. Et malgré cela, les investigations resteront la plupart du temps négatives, bien que les sujets

soient de bonne foi, c'est qu'il s'agit le plus souvent de syphilis héréditaire.

Et c'est pour cela que l'enquête sur les parents sera souvent plus intéressante que l'enquête personnelle : nous pourrons ainsi apprendre que le père est mort jeune, parfois d'une maladie spécifique diagnostiquée, telle que paralysie générale, syphilis cérébrale, tabès, que la mère a présenté de nombreuses fausses-couches, etc... Ici encore, les difficultés seront grandes et, en présence de l'ignorance et de l'oubli, nous ferons appel aux réactions sérologiques.

IV. Les réactions sérologiques.

Elles sont nombreuses et le deviennent de plus en plus chaque jour : dans un ouvrage récent sur la syphilis du Professeur Jeanselme, nous en avons compté plus de cinquante. Mais cette variété n'est qu'apparente, sans entrer ici dans les détails des techniques, nous pouvons, d'après leur principe, les classer en deux grands groupes :

I. *Les réactions de fixation du complément.*

II. *Les réactions de floculation.*

I. *Les réactions de fixation du complément.*

Parmi celles-ci, nous ne ferons qu'énumérer la réaction de Bordet-Wasseman, la première en date et par son importance, et les réactions de Desmou-

lière et de Hecht qui ne sont que des variétés de procédés de la réaction de Wassermann. Nous n'envisagerons ici ni la technique, ni les difficultés, ni l'étude clinique et critique de ces diverses réactions, nous chercherons simplement à savoir, — ce qui se rapporte plus à notre sujet, — ce qu'elles deviennent au cours de la syphilis héréditaire et au cours de la grossesse.

Nous avons vu, au chapitre de l'étiologie, que la syphilis tertiaire de l'utérus est le plus souvent une syphilis héréditaire, aussi est-il intéressant de savoir ce que sont les réactions de Wassermann et les réactions similaires dans la syphilis héréditaire. « Les résultats de la réaction sont particulièrement inconstants dans la syphilis héréditaire. Dès 1908, Bar et Donay avaient montré que la présence de pigments biliaires dans le sang des nouveau-nés entraînait un retard de l'hémolyse et pouvait masquer une réaction de Bordet-Wassermann légèrement positive, et ils avaient constaté que des nourrissons atteints de lésions sûrement spécifiques pouvaient avoir une réaction négative et que les résultats n'étaient pas toujours concordants chez une mère syphilitique et chez son enfant. Les travaux récents n'ont fait que confirmer ces observations. Toutes les statistiques s'accordent pour admettre qu'en dehors des cas récents, actifs, spirillaires, les Bordet-Wassermann sont généralement négatifs,

lors même que les sujets soient issus de parents notoirement syphilitiques ou même sont atteints de lésions manifestement suspectes (Hutinel, Weill, Nobécourt. Académie de Médecine, mars 1923). H. Lemaire et M. Lévy, en 1924, sur un total de 330 réactions pratiquées, en un an, à la consultation de l'Hôpital Trousseau, dans les cas les plus variés d'hérédo-syphilis latente et floride, n'ont obtenu que 41 résultats positifs (12,4 %)...

Dans une statistique toute récente (1930), portant sur 210 enfants tous hérédo-syphilitiques, Queyrat a trouvé la réaction de Hecht négative dans 86 % des cas et a observé une grande irrégularité dans la répartition des résultats positifs » (Jean-selme et R. Demanche : Traité de la syphilis, tome II, page 369).

Le liquide céphalo-rachidien donne, en général, des résultats semblables à ceux du sérum.

Nous avons déjà vu la fréquence des troubles gravidiques causés par la syphilis et il est très intéressant de savoir ce que deviennent les réactions de fixation du complément au cours de la grossesse. « Chez la femme enceinte, la réaction de Wassermann présente un grand intérêt non seulement clinique mais social. Elle est sujette à des causes d'erreur particulières. Dans la syphilis en évolution, ses résultats concordent presque tou-

jours avec ceux de l'examen clinique. Cependant Klasten a constaté l'atténuation ou même la disparition de la réaction pendant les derniers mois qui précèdent l'accouchement et les premiers qui le suivent. Dans les syphilis latentes ou anciennes, elle est inconstante. Les femmes dans les antécédents desquelles on relève des expulsions de fœtus macéré, ont souvent un Bordet-Wassermann négatif; mais la réaction devient souvent positive dans le sang des enfants ultérieurs; ce n'est que dans 10 % des cas environ que la sérologie permet de dépister les syphilis latentes (Laffont et Mèle). Il semble que la gravidité ait pour effet d'augmenter le pouvoir hémolytique du sérum; il faut donc prendre la précaution de titrer préalablement ce pouvoir. Il faut savoir, d'autre part, qu'il existe de notables différences entre les propriétés du sang maternel et celles du sang du nouveau-né et du sang du cordon. Le sang du nouveau-né ne contient ni anticorps, ni ferments, il est pauvre en cholestérine. Le sang veineux maternel est, au contraire, très riche en cholestérine, prélevé derrière le placenta, il risque d'être mélangé de sécrétions vaginales qui peuvent le rendre positif en dehors de toute syphilis. Le sang du cordon se rapproche davantage de celui de la mère que de celui de l'enfant; il peut être utilisé avantageusement pour explorer l'état

humoral non de l'enfant, mais de la mère (Trillat et Rousset). Ces différences expliquent les divergences que l'on observe parfois entre les résultats de la réaction faite avec le sang de la mère et le sang du cordon, divergences qu'avaient déjà signalées Bar, Daunay. Wathrier recommande de pratiquer toujours la réaction de Hecht avant d'éliminer la syphilis » (Jeanselme et R. Demanche : *Traité de la syphilis*, tome II, page 372).

Enfin, que deviennent ces réactions sérologiques au cours de la syphilis tertiaire acquise ? Les réactions positives sont moins fréquentes pendant cette période, et aussi moins intenses, soit qu'il s'agisse de syphilis récentes en évolution, soit qu'il s'agisse à plus forte raison de syphilis très anciennes et latentes. « La vérole, a dit Fournier, se grime en vieillissant. » Les diverses statistiques donnent des résultats variables : 70 à 80 % de résultats positifs au maximum, souvent moins 50 à 70 % et même 30 % seulement.

II. *Les réactions de floculation.* — Elles sont aussi très nombreuses. La réaction de Vernes est la plus répandue en France des méthodes de floculation directe. Elle est basée sur le pouvoir floculant du sérum syphilitique à l'égard de suspensions colloïdales. Ardemment prônée par les uns, sévèrement critiquée par beaucoup, elle a la prétention

d'être une méthode syphilométrique et de mesurer par son degré d'intensité l'infection syphilitique elle-même, de « traiter la syphilis comme une maladie invisible au moyen de procédés qui la rendent constamment apparente ». Laissant de côté toutes les discussions, nous nous occuperons ici ni de sa technique, ni de son étude clinique et critique, ni de son étude comparée avec la réaction de Wassermann. Nous chercherons simplement à savoir ce qu'elle devient au cours de la syphilis héréditaire et au cours de la gestation, ce qui se rapporte davantage au sujet de notre thèse, et voici l'opinion de son auteur, M. Vernes, directeur de l'Institut prophylactique :

« L'étude du pouvoir flocculant permet de distinguer deux variétés de syphilis héréditaire : l'héredo-syphilis où la victime porte le germe en naissant et l'héredo dystrophie, où l'enfant naît mal formé, mais non infecté.

« L'héredo-syphilis s'accompagne ou non d'héredo-dystrophie.

« L'héredo-dystrophie est la conséquence d'une intoxication (héredo-toxie), analogue à celle des poisons chimiques (alcool) ; le produit de la conception se trouve empoisonné, une ou plusieurs fois, à un moment quelconque de sa formation. La syphilis paternelle ou maternelle est, sous ce rap-

port, extrêmement tératogène; elle occasionne des laideurs, des difformités ou des tares sur lesquelles le traitement antisyphilitique ne peut avoir aucune action. Il en résulte des êtres anormaux qui, par déviation acquise, peuvent faire à leur tour souche de dégénérés. D'où l'extraordinaire importance pour la qualité de la race de savoir couper-court à l'infection syphilitique des parents, ce à quoi tout le présent atlas est consacré.

« Il n'y a aucune différence sérologique entre la syphilis acquise et l'hérédo-syphilis. »

« On observe toujours pendant la gestation une augmentation du pouvoir flocculant dans le sang de la mère de l'hérédo-syphilitique. » Donc les réactions sérologiques de la syphilis, soit la réaction de Wassermann, soit la réaction de Vernes, sont profondément troublées par l'état gravidique, mais en sens inverse.

A propos des réactions de laboratoire, disons quelques mots de la recherche du tréponème. Nous avons déjà parlé de quelques résultats positifs dans les sécrétions utéro-vaginales mais c'est là une recherche difficile et le plus souvent négative. Il n'en est pas de même de la recherche du tréponème dans les viscères et en particulier dans le foie des fœtus mort-nés macérés, soit par la méthode à l'ultra-microscope, soit mieux encore par la méthode de colo-

ration au nitrate d'argent de Fontana-Tribondeau (P. Bar).

V. Le traitement d'épreuve.

Le traitement d'épreuve de par l'absence de symptômes pathognomoniques de syphilis tertiaire de l'utérus, reste, comme nous l'avons montré tout le long de ce travail, le symptôme capital, la pierre de touche du diagnostic. Dans la plupart des observations, le diagnostic de syphilis s'est fait sur la disparition rapide des symptômes au traitement. Dans quelques observations de métrorragies syphilitiques, en particulier dans une observation de M^{lle} Robineau, les hémorragies ont disparu à la suite d'une première tentative de traitement, puis sont réapparues, ce dernier ayant été insuffisant, puis ont disparu de nouveau et définitivement après un traitement plus prolongé, établissant ainsi une double relation de cause à effet.

TRAITEMENT

Il n'existe donc aucun signe certain de syphilis tertiaire de l'utérus; il n'y a que des symptômes banaux communs à beaucoup d'autres affections utérines. Mais « en définitive, quand on se trouve en présence d'une malade chez laquelle on a tenté les moyens gynécologiques ordinaires, et dont les symptômes, les métrorragies par exemple, ont résisté à tous les agents thérapeutiques communément employés en pareil cas (tamponnements vaginaux, injections vaginales hémostatiques, ergotine, chlorure de calcium, toniques variés, etc...), il faut songer à la possibilité d'une manifestation syphilitique et instituer, de parti-pris, le traitement antisyphilitique. Et l'on sera surpris, dans bien des cas, de voir sous l'influence de cette médication les hémorragies s'arrêter en quelques jours, les tumeurs se résorber, l'état général s'améliorer rapidement jusqu'à complète guérison » (Laffont).

Mais quel médicament convient le mieux pour ce traitement tenté le plus souvent d'une façon em-

pirique ? A côté de médicaments très vieux, tels que mercure et iodure de potassium qui, pendant des siècles, ont été à la base du traitement de la syphilis, la chimie moderne nous a doté de médicaments nouveaux, tels que Bismuth et Arsenic, de réputation plus actifs mais aussi plus dangereux.

L'arsenic et le bismuth conviennent surtout aux syphilis récentes, en pleine évolution, aux accidents primaires et secondaires, dans tous les cas où il faut frapper vite et fort, mais semblent sans grand résultat dans les syphilis latentes, anciennes, dans les syphilis nerveuses, et même dans les syphilis tertiaires en évolution, et à plus forte raison dans les syphilis héréditaires, et, comme nous l'avons vu au chapitre de l'étiologie, beaucoup de syphilis tertiaires de l'utérus sont héréditaires. D'autre part, les arsénio et bismutho-résistances sont assez nombreuses, même dans les syphilis récentes, en pleine évolution, primaires et secondaires : dans une statistique faite à Lyon, de 1927 à 1931, et portant sur 917 cas de syphilis primaires et secondaires traités uniquement par le novar, on relève 150 cas d'arséno-résistances, soit un pourcentage de 16,3 %.

Il semble donc, sans nier l'efficacité de ces médicaments nouveaux et les services qu'ils peuvent rendre, que le mercure est trop abandonné ainsi que l'iodure de potassium. Ces deux médicaments, outre

qu'ils constituent le grand traitement de la syphilis héréditaire active ou latente, sont vraiment spécifiques du tertiarisme.

Le mercure, lorsqu'il est administré avec beaucoup de soins, c'est-à-dire en surveillant soigneusement la bouche et surtout le rein, présente l'énorme avantage de pouvoir être administré par de nombreuses voies, ce qui permet un traitement prolongé et varié. En effet, les diverses injections sous-cutanée, intramusculaire, intraveineuse, de diverses préparations solubles ou insolubles, la voie buccale, la voie rectale, les frictions mercurielles conviennent à la diversité des cas et agissent toutes rapidement.

L'iode de potassium n'offre pas, sans doute, cette diversité de modes d'administration. Bien qu'injectable, la voie buccale, sous la forme de sirop, est la plus fréquemment employée et celle qui convient le mieux. Pris d'une façon progressive, il peut être administré à des doses élevées, 4 et 6 gr., et davantage, et agit remarquablement sur les gomes.

Ces deux médicaments agissent séparément, mais beaucoup plus vite, lorsqu'ils sont associés; leur action semble alors décuplée. Cette association peut se faire soit d'une façon alternative, soit mieux encore d'une façon simultanée.

En résumé, lorsqu'en présence de métrorragies ou de troubles gravidiques, on soupçonne une syphilis tertiaire de l'utérus, il faut d'abord s'adresser au mercure et à l'iodure de potassium, car ces deux médicaments sont réellement spécifiques de la syphilis tertiaire. Mais, en cas d'insuccès, très rares, ou en cas d'intolérance plus fréquente (état rénal déficient), on pourra alors s'adresser au bismuth ou au novarsénobenzol, en prenant toutes les précautions que comportent la manipulation de tels médicaments.

PRONOSTIC

A propos du traitement, il faut dire deux mots du pronostic, car celui-ci dépend en partie de la précocité et de l'intensité du traitement. Laissée à elle-même, la syphilis tertiaire de l'utérus peut être dangereuse surtout par l'abondance extrême de ses métorragies, par ses avortements répétés qui peuvent être la source d'infections graves. Sans occasionner la mort, la syphilis tertiaire peut faire pratiquer certaines opérations, telle que l'hystérectomie, graves du fait de l'anémie, certaines interventions telles que le curettage, graves aussi parce que elles peuvent augmenter les hémorragies, chez une femme déjà anémiée.

Traitée de bonne heure et d'une façon intense, la syphilis tertiaire du corps réagit d'une façon remarquable au traitement qui permet aux grossesses ultérieures d'arriver à terme.

OBSERVATIONS

OBSERVATION LEMELAND

1° Observation de métrorragies syphilitiques.

M^{me} G... a eu une grossesse terminée par un accouchement prématuré : enfant débile élevé péniblement jusqu'à l'âge de 3 ans. A ce moment, la mère présente des troubles hémorragiques génitaux. Plusieurs diagnostics furent posés par différents consultants : avortement, grossesse extra-utérine, métrite hémorragique, etc... On fait un traitement par la radiothérapie; les hémorragies s'arrêtent pendant un an et demi : les règles, assez régulières, sont peu abondantes.

En novembre 1924, à la suite de cette période, brusquement, une hémorragie survient, violente, abondante, anémiant considérablement la malade. L'hypothèse de syphilis utérine est repoussée par les consultants et on pratique un curettage qui

amène une hémorragie profuse, difficilement maîtrisée. A la suite, la réaction de B.-W., pratiquée malgré la répugnance de la famille, est positive, et on instaure le traitement iodo-mercuriel : cessation complète des hémorragies, amélioration de l'état général rapide, grossesse normale un an après. La malade continue son traitement.

2° Observation de métrorragies syphilitiques.

M^{lle} T..., 19 ans, réglée depuis 13 ans : règles abondantes au début, qui ont été en augmentant progressivement jusqu'à l'âge de 18 ans. A ce moment, les règles prennent la forme hémorragique, durent de plus en plus longtemps, à tel point qu'en avril 1920, la jeune fille perd 28 jours par mois et arrive à un état d'anémie grave (1.800.000 globules rouges), malgré tous les traitements opothérapiques et autres. L'état général très grave amène à pratiquer l'hystérectomie. Suites excellentes, aucun accident ni trouble depuis.

En interrogeant plus tard la famille, à l'occasion de pertes semblables chez la jeune sœur, on apprend que le père est mort de paralysie générale.

La jeune fille, qui a 16 ans, commençait des troubles analogues, a vu cesser les accidents par le traitement spécifique.

OBSERVATION DE MOUCHOTTE

Métrorragies syphilitiques.

Trente ans. Antécédents : père mort jeune, la malade ignore la cause de cette mort prématurée. Mère bien portante. Maladies personnelles à signaler : typhoïde à 4 ans, rougeole à 5-6 ans, anémie à 15-16 ans.

Règles à 13 ans, irrégulières, non douloureuses, ne se reproduisant que tardivement, environ toutes les six semaines : elles étaient plutôt abondantes.

Mariée à 21 ans, devient presque aussitôt enceinte. A la sixième semaine de cette grossesse, elle aurait eu des hémorragies qui auraient duré deux mois. On aurait diagnostiqué une rétention de fœtus mort vers le troisième mois et procédé à une évacuation de l'utérus suivie du curettage. La notion d'une albuminurie concomitante nous empêche de fixer notre attention sur l'étiologie syphilitique possible de cette mort fœtale *in utero*.

En 1914, une deuxième grossesse se serait terminée par un avortement. Il y avait alors de la leucorrhée.

En 1918, à 26 ans, les règles deviennent très abondantes, durent huit jours, s'accompagnent de caillots. Il existe une abondante leucorrhée. Après quelques soins consistant en injections et repos relatif, X... est soignée par un de nos confrères qui fait une dilatation et pose des crayons caustiques dans la cavité utérine (1919).

Après cette application, les pertes glaireuses disparaissent, les règles manquent un mois. Puis, à l'occasion de leur réapparition, se produisent des métrorragies qui durent un mois. A nouveau, les règles se montrent régulièrement, puis sautent un mois, enfin se reproduisent normalement.

En juin 1920, X... fait une cure à Luxeuil. Peu après le retour, les règles se suppriment pendant deux mois, puis apparaissent des pertes de sang noir peu abondantes durant huit jours, s'arrêtant huit jours et continuant ainsi par périodes alternantes d'une semaine, X... se plaignait de souffrir, mais modérément, du côté gauche du ventre, avec quelques irradiations le long de la cuisse correspondante.

X... vient nous consulter en novembre 1920. Après les données ci-dessus de l'interrogatoire, nous pensions avant tout examen gynécologique, à la possibilité de métrorragies *post-abortionum* ou à des métrorragies liées à des troubles endocriniens, car la

région thyroïdienne était manifestement augmentée de volume. Le toucher nous révéla un utérus de consistance et de volume normaux, non fibreux, non scléreux, rétrofléchi et adhérent, flanqué de chaque côté de son fond, de deux annexites très légèrement augmentées de volume, la gauche la plus petite légèrement douloureuse.

Il était vraisemblable de penser à des métrorragies réflexes liées à cette rétroflexion adhérente et à la congestion annexielle. On a une annexite bien légère. Nous prescrivons le repos, le plus possible en décubitus ventral, les injections à 45-48°, les lavements chauds et les ovules, remettant à une date ultérieure et à l'évolution des légères lésions annexielles des massages utéro-abdominaux, tout en envisageant aussi pour l'avenir la possibilité d'une hystéropexie.

Le 24-12-1920, les lésions annexielles n'étaient plus perceptibles. Le lever eut lieu et les métrorragies réapparurent.

Au début de janvier 1921, un de nos collègues appelé en consultation, remarqua le volume du corps thyroïde, le teint pâle de la malade, la petitesse particulière des veines. Il ne peut prendre le sang pour faire un Wassermann que j'avais demandé : il prescrivit un traitement hématothyroïdien.

Le 9 janvier, l'hypertrophie thyroïdienne s'était atténuée sous l'influence du traitement, mais les hémorragies utérines se montraient plus intenses, plus continues, avec caillots noirâtres. L'état général se modifiant, les légères lésions annexielles ayant complètement disparues, je pratiquais, le 16 janvier, un curettage utérin. L'examen des débris ramenés par la curette ne révéla pas trace de débris déciduaux.

Les règles de février et celles de mars furent régulières, sans caillots, mais toujours abondantes, et durèrent six jours. La malade avait repris forces, couleurs, embonpoint. Les règles eurent alors à nouveau seize jours de retard et, après celles de mai, chaque jour, pendant trois semaines, se fit pendant la station verticale un léger suintement sanguin. L'utérus, cependant, était resté de même volume et de même consistance, il semblait que la rétroflexion était moins fixée, que les adhérences s'étaient assouplies et que l'on pouvait particulièrement mobiliser la matrice. Les annexes n'étaient pas perçues. Il n'y avait pas de congestion pelvienne, pas de constipation.

Malgré le repos et le traitement médical, les suintements persistèrent et s'accrurent et, en juin, les métrorragies reparurent.

Sollicité par l'entourage pour un traitement élec-

trique, j'acquiesçai à cette proposition, et courant juin, furent faites plusieurs séances diathermiques.

Tout d'abord le traitement parut efficace. Les écoulements sanguins cessèrent pendant des périodes de quinze jours et X..., put passer ses vacances à la campagne, incommodée seulement par des pertes sanguines insignifiantes. Mais, en décembre, les métrorragies se reproduisirent abondantes ainsi qu'au début de 1922. Les séances de diathermie semblaient arrêter momentanément les hémorragies tout d'abord; elles furent bientôt inefficaces, et on y renonça.

X... était au lit. Les hémorragies, calmées momentanément par l'eau à 50°, s'arrêtaient et se reproduisaient sans cause. Des caillots noirâtres séjournaient dans le vagin et étaient éliminées à chaque injection. Le poulx commençait à se modifier, la malade à se décolorer. Elle se plaignait d'asthénie et était très démoralisée.

C'est alors que je pensais plus précisément à la possibilité de syphilis et que je voulus tenter à nouveau le Wassermann, qui n'avait pu être fait, et essayer le traitement d'épreuve, décidé, s'il n'agissait rapidement, à recourir à la stérilisation radiothiapique ou à l'hystérectomie. L'état général s'altérait progressivement; il n'y avait plus de temps à perdre.

Sur ces entrefaites, un échange de correspondance avec un distingué confrère provincial m'apprenait que le père de la malade avait eu des accidents de syphilis cérébrale vers quarante ans; qu'il était mort prématurément de complications cérébrales d'une sclérose cardio-rénale, probablement syphilitique. Dès lors, les métrorragies rebelles de la malade apparaissaient comme une manifestation presque évidente de la syphilis héréditaire.

Le D^r Lafontaine, que j'appelai, fit une prise de sang, difficile à cause de la grande exiguïté des veines. Le Bordet-Wassermann fut négatif. Lafontaine entreprit un traitement d'épreuve et fit des injections intraveineuses. La malade saignait alors et était exangue.

Lafontaine injecta :

Le 24 avril.	0 gr. 15 de 914
Le 29 avril.	0 gr. 20 —
Le 5 mai.	0 gr. 30 —
Le 10 mai.	0 gr. 45 —
Le 17 mai.	0 gr. 60 —
Le 23 mai.	0 gr. 60 —
Le 30 mai.	0 gr. 75 —
Le 6 juin.	0 gr. 75 —

Dès la première injection, les pertes diminuèrent. Après la troisième, elles cessèrent pour ne plus se

reproduire. La malade partit à la campagne. Elle put faire de longues promenades à pied, ce qui ne lui était pas arrivé depuis deux ans.

OBSERVATION

DE G. DURANTE, LE LORIER, MAYER

Faits cliniques. — Il s'agit d'une femme de quarante et un an, hystérectomisée quelques heures après l'accouchement pour accidents hémorragiques, dans les circonstances suivantes :

La malade a eu deux premières grossesses terminées par des avortements au deuxième mois.

La troisième grossesse actuelle s'est poursuivie normalement. Une réaction biologique faite pendant la grossesse a donné un résultat négatif pour le Wassermann, mais sub-positif pour le Hecht (docteur William Lévy).

A la suite de l'accouchement, survient une hémorragie de la délivrance, importante, qui amène à pratiquer une délivrance artificielle et une révision utérine. Malgré l'évacuation totale de l'utérus, l'état général de la femme s'aggrave et ne peut être expliqué par le léger écoulement hémorragique qui cède au tamponnement intra-utérin.

Une hystérectomie est décidée dans ses condi-

tion. Dès l'incision du fascia transversalis, on se trouve en présence d'un énorme hématome occupant l'espace de Retzins et l'espace sous-péritonéal pré-vésical, s'étendant, en largeur jusqu'au delà des artères ombilicales, en hauteur jusqu'au voisinage de l'ombilic, et refoulant en arrière la vessie et le péritoine.

A l'incision du péritoine, on constate l'absence de tout autre processus hémorragique autour de l'utérus. Il n'y a pas d'hématome sous la base du ligament large, ni entre la vessie et l'utérus.

L'hypothèse d'une rupture utérine méconnue est ainsi écartée, les accidents sont, en réalité, dus uniquement à l'hématome pré-péritonéal que nous venons de décrire.

L'opération est rapidement terminée par une hystérectomie suivant le procédé de Porro, qui fait cesser les phénomènes de choc.

La localisation particulière de cet hématome nous a fait penser que le traumatisme exercé au cours des manœuvres intra-utérines n'a pas été étranger à sa production; néanmoins, nous nous sommes demandé si un état pathologique antérieur ne pouvait pas expliquer dans une certaine mesure ces accidents.

L'état très déficient du système veineux de la femme (varices volumineuses des membres infé-

rieurs) et ses antécédents particuliers au point de vue spécifique (deux avortements et Hecht positif) militaient en faveur de cette hypothèse.

Faits anatomiques. — L'utérus, incisé sur la ligne médiane, ne présentait rien de notable macroscopiquement. Mais, en affranchissant la surface de section, on met en évidence, dans l'épaisseur de la paroi, vers le bas du tiers moyen, deux gros noyaux de la dimension d'une cerise, à contenu ramolli, jaunâtre et strié de sang, siégeant plus près de la face externe, sous laquelle ils font une légère saillie.

Leur apparence fait penser d'abord soit à des métastases de déciduome malin, soit à des nodules d'endométriose.

L'examen histologique montre les lésions suivantes : Le centre de ces noyaux est formé par un putrilage de cellules complètement dégénérées. Dans son voisinage s'étendent plusieurs plages fibreuses. La périphérie, au contraire, est constituée par des cellules musculaires jeunes, fusiformes, courtes, en prolifération active, fortement tassées les unes contre les autres et constituant une zone vivace envoyant des fusées d'éléments proliférants entre les îlots scléreux.

L'ensemble du noyau est imparfaitement lobulé par des travées scléreuses assez fortement chargées de noyaux et conduisant à des vaisseaux prin-

cipaux atteints presque tous de méso et d'endo-artérite parfois presque oblitérante.

Ces fibromes n'ont pas de limites nettes; toutefois, le passage est assez rapide avec le muscle utérin voisin. On note quelques amas inflammatoires, dont certains ont une topographie périvasculaire, et des plages d'œdème interstiell interne dissociant le muscle utérin à un degré rarement atteint.

Dans le reste du myomètre, on relève une réaction inflammatoire diffuse, discrète dans les travées interstitielles, avec souvent renforcement périvasculaire. Mais, il existe surtout d'anciennes lésions caractérisées par des faisceaux dont les éléments musculaires sont en voie de disparition par atrophie, étouffés par une intense sclérose intra-fasciculaire.

Certains gros vaisseaux, enfin, présentent une dégénérescence vacuolaire de presque toute leur paroi contractile.

OBSERVATION DE LEMELAND

(Maternité de Tenon.)

M^{lle} L... (Marcelle).

Cette observation comprend deux épisodes : l'un, survenu en octobre 1931, lors d'un premier accouchement, compliqué d'infection puerpérale qui se

termina par la guérison, l'autre survenu en décembre 1932 lors d'un deuxième accouchement suivi d'une nouvelle infection, d'hystérectomie (avec examen histologique de l'utérus) et de mort.

I. L... (Marcelle), primipare à terme, âgée de 27 ans, est entrée pour la première fois à la maternité de Tenon, le 4 octobre 1931, à trois heures. Dans ses antécédents personnels, on note les oreillons à cinq ans, la rougeole à six ans, une bronchite en 1930, et parfois quelques crises d'asthme. Réglée à vingt ans, ses règles ont été irrégulières, peu abondantes, indolores, de courte durée (un à deux jours seulement). Depuis la formation elle a signalé des pertes blanches assez abondantes. Il n'y a eu aucune fausse-couche, aucun incident au cours de la grossesse.

Dans ses antécédents héréditaires, on trouve un père âgé de 56 ans, bien portant, une mère morte en 1913, à 46 ans, d'un cancer du larynx. Un frère et trois sœurs tous bien portants. Mari bien portant, 26 ans.

A son entrée, le 4 octobre, elle présentait une rupture prématurée des membranes qui avait eu lieu le 2 octobre, à 15 heures. Les urines sont normales. Pas de fièvre. Premières douleurs vers 10 heures, admise à la salle de travail vers 17 heures, avec une dilation de cinq francs, après dix

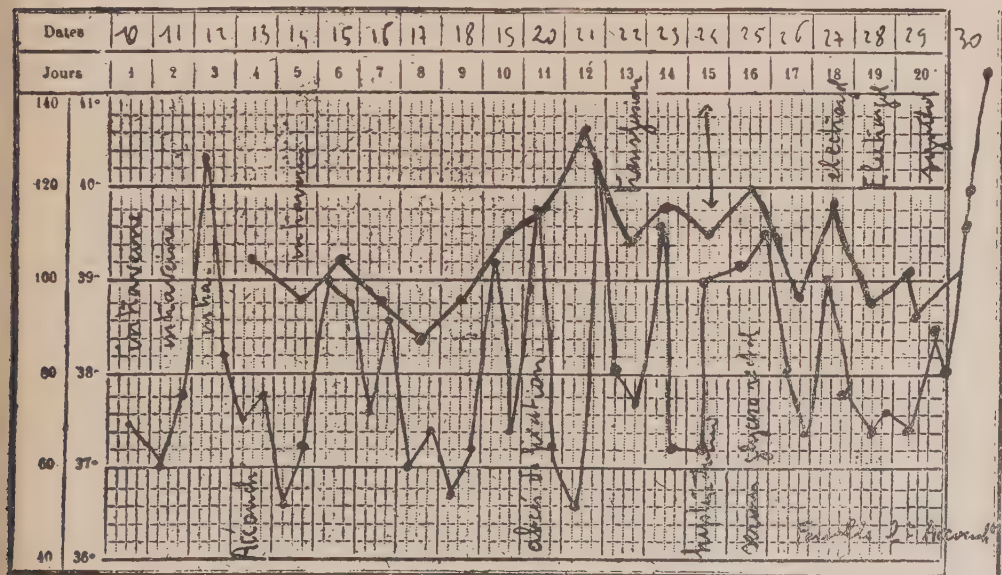
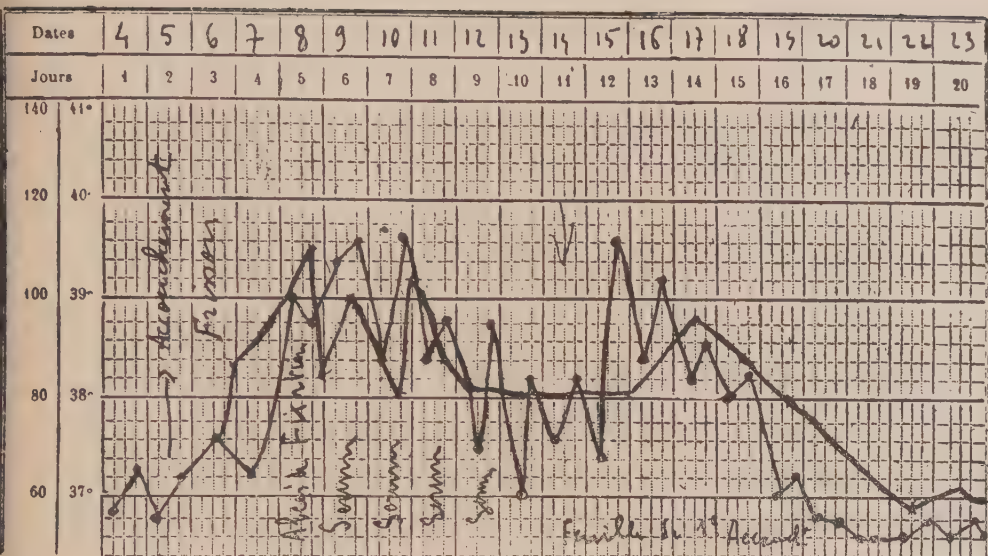
heures de travail environ, elle accouche vers 3 h. 50, le 5 octobre, d'une fille pesant 3.680 grammes. L'enfant, né en état de mort apparente, forme bleue, est ranimé après quarante-cinq minutes de soins, mais meurt sept heures après.

Vers six heures, la délivrance n'ayant pas eu lieu, on pratique une délivrance artificielle. On obtient une délivrance pesant 650 grammes, paraissant complète. La malade reçut une injection de 500 cc. de sérum et une ampoule de 5 cc. d'huile éthérée-camphrée. Une vessie de glace fut appliquée en permanence sur l'abdomen.

Le 6 octobre, violent frisson et douleurs dans le bas-ventre; les lochies deviennent fétides, la température monte rapidement à 39°, 39°,5, le pouls à 100 pulsations. En présence de ce début de fièvre puerpérale, on pratique le 8 octobre un abcès de fixation, suivi pendant quatre jours consécutifs d'une injection quotidienne de 50 cc. de sérum anti-streptococcique de Vincent. L'abcès fut incisé le 14 et la malade guérit.

Le retour de couches eut lieu au début de novembre et depuis cette époque l'aménorrhée fut complète.

II. L..., entra de nouveau à la maternité de Tenon le 10 décembre 1932. Comme la première fois, la rupture des membranes fut prématurée : elle eut



lieu le 10 décembre. Présentant le 12 un accès de température à $40^{\circ},4$, elle fut admise à l'isolement. Le travail débuta à vingt heures : à ce moment, col perméable.

Le 12, à minuit : Dilation deux francs, col épais, siège qui s'engage. Bruits du cœur positifs. Température $38^{\circ},5$.

Le 13, à 3 heures : Bruits du cœur sourds. Dilatation entre 2 et 5 francs. Col épais, œdématisé, dur. Contractions très fréquentes. Utérus constamment contracturé. On fait un centigramme de morphine. Température $38^{\circ},5$.

A 5 h. 30 : Bruits du cœur non perçus. Dilatation entre 5 francs et petite paume. Plus d'œdème, Siège engagé semblant petit par rapport au volume utérin. Température 38° .

A 7 h. 30 : Bruits du cœur non perçus.

Dilatation entre petite et grande paume.

A 9 heures : Dilatation grande paume.

Température $37^{\circ},5$.

A 10 heures : Un bourrelet du col subsiste encore.

A 11 heures : Un petit bourrelet subsiste encore.

Odeur putride.

A l'anesthésie au chloroforme, on fait une extraction de siège difficile, avec section du cou et on fait une application de cranioclaste sur la tête

dernière restée seule. L'enfant est violacé, marbré, nettement putréfié, d'odeur nauséabonde.

On pratique une injection iodée intraovulaire suivie d'une délivrance artificielle (poids 750 grammes). C'est alors qu'eurent lieu des hémorragies très abondantes que l'on essaie de combattre par :

Une injection iodée chaude intra-utérine;

Une piqûre d'ergotine;

Un tamponnement intra-utérin;

Une piqûre de post-hypophyse.

A 12 h. 30 : On dut pratiquer une transfusion de 400 cc. avec injection de 500 cc. de sérum sous-cutané.

Devant une fièvre persistante, irrégulière, oscillant entre 37°, 39°, 39°,5, on pratiqua un abcès de fixation le 20, une nouvelle transfusion le 22. N'obtenant aucun résultat, on fit l'hystérectomie le 24 décembre. De nouvelles injections de sérum, d'électrargol, d'huile camphrée, d'adrénaline furent faites, mais sans résultats. La malade mourut le 31 décembre.

L'utérus, recueilli, à type d'utérus infecté, gros, violacé, fut envoyé à M. Durante, chef de laboratoire à la Maternité, et voici la réponse qui fut faite :

« La zone sous-muqueuse de cet utérus est fortement infiltrée d'éléments inflammatoires.

« Mais plus profondément, dans toute l'épaisseur du myomètre, cette infiltration fait défaut. Par contre, on y constate de nombreux nodules inflammatoires péri-vasculaires qui ont tous les caractères de gommes miliaries, portant sur les vaisseaux de petit calibre.

« Pas de sclérose. Par contre, mauvaise circulation marquée par de l'œdème interfasciculaire.

« Il semble qu'il s'agisse d'une syphilis qui explique la mort du fœtus, laquelle se serait compliquée à la fin d'une infection locale secondaire. Je ne crois pas, en effet, que l'on puisse attribuer à la seule syphilis les lésions inflammatoires de la muqueuse. »

CONCLUSIONS

I. La syphilis utérine est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit en général.

II. Il faut distinguer l'utérus des femmes syphilitiques et les lésions utérines spécifiques héréditaires ou acquises.

III. On doit distinguer les lésions du col et du corps :

1° Les lésions du col résultent habituellement de la contagion directe;

2° Les lésions du corps, si elles peuvent appartenir à une syphilis active, ressortissent aussi et principalement de la syphilis héréditaire.

IV. La syphilis tertiaire du corps utérin, telle que nous la concevons, ressortit à la forme gommeuse, c'est-à-dire à la forme vasculaire.

V. Les lésions que l'on observe sont des lésions surtout vasculaires, péri-vasculaires et des lésions du stroma.

VI. On peut envisager que le glomus utérin ainsi lésé perd ses propriétés de régulateur de la circulation utérine et ses fonctions de glande endocrine.

VII. Ce serait là l'explication des accidents hémorragiques et obstétricaux (mort du fœtus, avortement).

VIII. La recherche de la syphilis s'impose en présence des signes cliniques : hémorragies et avortement, par les différentes réactions humorales, lorsque les antécédents sont insuffisants pour justifier le diagnostic. La réactivation doit être employée.

IX. Dans toutes les métrorragies de cause douteuse, le traitement d'épreuve devra être pratiqué avant de recourir aux opérations mutilatrices, ou même au curettage, ou même à l'emploi de la radiothérapie.

X. En présence d'une syphilis utérine, les diffé-

rents traitements spécifiques s'imposent surtout iodure de potassium et mercure, en les pratiquant sous vérification des réactions humorales (Courbe de Vernes et susceptibilité du malade).

Vu :

Le Doyen :

ROUSSY.

Vu :

Le Président de la thèse :

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Audry (Ch.). — Précis de maladies vénériennes (1910).

- Sur la fréquence et l'importance de la syphilis utérine, *Paris Médical*, 1926, II, page 277.

Balzer et Lamare. — Des hémorragies de la syphilis de l'adulte, *Société de Dermatologie et de Syphilis*, 7 novembre 1912.

Bar (P.). — La poly-hydramnie et le fœtus syphilitique, *Archives de Tocologie*, 1882, page 528.

- Gemellité et syphilis, *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1889, page 242.

- Abondance de spirochètes dans les viscères des fœtus syphilitiques morts et macérés, *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, en collaboration avec M. de Kervilly, 1907, page 60.

- Hémorragies du nouveau-né dûes à la syphilis, *Bulletin de la Société française de Dermatologie*, 1899, page 237.

Barraud. — Les métrorragies dans l'ovarite sclérokystique. *Thèse de Bordeaux*, 1903.

Barthélémy. — Syphilis tertiaire acquise ou héréditaire des organes génitaux internes de la femme, *Congrès de Paris*, 1900.

— La syphilis 1905, tome III.

Bartholomew. — (RA) Ulcération syphilitique de la voûte vaginale et du col compliquant une gestation du huitième mois, guérie par un traitement antisiphilitique et suivie par un travail normal à terme, *American journal of Syphilis*, Saint-Louis, t. IV, octobre 1920.

Betti. — Deux cas de syphilis utérine et annexielle. *La clinica Ostetrica*. Volume VII, Fasc. VI.

Bezzi (G.). — Sifilide terziari del corpo dell' utero in puerperio. *La clinica Ostetrica*, janvier 1932.

Blanc (H.). — A propos des métrorragies d'origine syphilitique. *Société des chirurgiens de Paris*, 21 octobre 1910.

Blandin. — Syphilis du col utérin chez une femme enceinte. *Société d'obstétrique*, 1901, 19 décembre.

Brindeau (A.). — La pratique de l'art des accouchements.

Cardenas. — Un cas de syphilis utérine héréditaire. *Presse médicale*. Septembre 1923, page 1.489.

Condarmin (Fr.) et Rousselin. — Un cas de syphilis tertiaire de l'Utérus. *Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales*, 4 décembre 1929.

Coutts (W.-E.). — Syphilis du col utérin. Son diagnostic différentiel avec le carcinome. *Bulletin de la Société chirurgicale du Chili*. 1924, IV, 63.

Couvert (G.). — La recherche du tréponème dans le col utérin des femmes syphilitiques.

Dalché. — Métrorragies et syphilis. *Le Bulletin médical*, 1906, n° 5, page 591.

Doléris. — Rigidité syphilitique du col. La forme scléreuse. *Archives de Tocologie* (1885).

Duparque. — Traité des maladies de la matrice. Paris 1839, t. I, p. 339.

Durante (G.). — Vaisseaux de l'Utérus (glomus utérin, *Soc. anat.*, mars 1933.

— Le glomus utérin régulateur de la circulation utérine. Contribution à l'étude des cœurs périphériques. *Presse médicale*, 20 déc. 1933.

Durel (P.) et Mayer (M.). — Syphilis du col de l'utérus. Numéro spécial, *La Médecine*, décembre 1933.

Fournier. — Leçons sur la syphilis tertiaire. *Journal de l'Ecole de Médecine*, 1875, page 137.

Franceschini. — Ménorragies et métrorragies d'origine syphilitique. *La Clinica Ostetrica*. Février 1905. Fasc. II, juillet 1905.

— A propos de la syphilis utérine. *La Clinica Ostetrica*, fasc. 3, 1905.

— Sur l'origine syphilitique de quelques cancers utérins. *Annales des maladies vénériennes*, novembre 1906.

Fronticelli. — Sifilide terziaria ignorata a carico dell' utero e degli annessi. *La Clinica Ostetrica*. Octobre 1927, fasc. 1.

Garofalo. — Un cas de métrorragie syphilitique. *La Clinica Ostetrica*, 1906, fasc. 10, p. 224.

Gaté (J.), Christy (H.). — Syphilis tertiaire du col utérin à type d'ulcération. *Lyon-Médical*, t. CXLI, 1928, page 263.

Gelli. — *In Betti*.

Gellhorn (G.). — Syphilis tertiaire du col. *Journal American medical association*, 1926, page 1812.

Gellhorn (G.) et Ehrenfest (H.). — Syphilis des organes génitaux internes de la femme. *Trans. of the american Gynecolo.* Philadelphie, 1916, t. XVI, p. 129.

Guillemot. — Des métrorragies syphilitiques. *Le journal de médecine de Paris*, 1907.

Jayle (F.) et Bender (X.). — La leucoplasie utérine. *Presse médicale*, 21 avril 1906.

Jeanne. — Congrès d'Obstétrique, de Gynécologie et de pédiatrie, Rouen 1904. *Bulletin médical*, page 399, 1904.

Jonkowsky. — Un cas de menorrhagie avec colite et syphilis de l'utérus chez un nouveau-né. Mort. Autopsie. *Wratchebnaja Gazeta*, Petrograd, 1904, XI, page 505.

Kehrer. — Sclérose syphilitique de la partie vaginale de l'utérus. volume LXIII, cahier 23 juin 1923.

Kreiss. — La polyménorrhée pubérale syphilitique. *Société de dermatologie*, 1928.

Laffont (P.). — Syphilis tertiaire acquise ou héréditaire de l'utérus et de ses annexes. *Thèse de Paris*, 1908.

Le Lorier, Durante et Mayer. — Dégénérescence de fibromes intrapariétaux par artérite spécifique. *Soc. anat.*, déc. 1932.

La Torre. — Syphilis utérine. *La Clinica Ostetrica*, 1904, fasc. XII.

Lévy-Solal. — Lésions syphilitiques de l'appareil génital dans ses rapports avec la puerpéralité. *La Médecine*, n° 7, avril 1923.

Meyer (P.). — La syphilis des organes génitaux internes de la femme. *Deutz. Mediz. Woch.*, n° 4, 1913.

Morisani. — Contribution à l'étude de la syphilis utérine tardive. *Archives italiennes d'obstétrique et de gynécologie*, 1901.

Morgan. — Gomme syphilitique de l'utérus, 1871.

Mouchotte. — Syphilis utérine tardive et métrorragie. *Revue Française de Gynécologie et d'obstétrique*, janvier 1923, n° 1.

Mouratow. — Métrorragies syphilitiques. *Mediz. obozren*, janvier 1907, t. LXVII.

Nicola de Pace. — Syphilis utéro-annexielles. *La Clinica Ostetrica*, fasc. 17, page 385, 1907.

Norris (Ch.). — Syphilis de l'Utérus. *Surgery, Gynecology and Obstetric*, septembre 1915.

Ozenne. — Syphilis de l'utérus et de ses annexes.
Masson et C^{ie}, Editeurs, Paris, 1920.

— Du cancer chez les syphilitiques, de l'hybridité
cancéro-syphilitique de la cavité buccale.
Thèse, 1884, Paris.

— Syphilis et cancer (Rapport à la Société de
médecine de Paris, *Bulletin* 1921).

Pinard. — Observation au Congrès d'obstétrique,
de Gynécologie et de Pédiatrie de Rouen,
Bulletin médical, 1904, p. 399.

Portis (B.). — Syphilis de l'utérus et de ses
annexes. *Surg. gynec. and obst.*, juillet 1923.

Puente (J.-J.). — Syphilis du col de l'utérus.
Bruxelles Médical, 8 février 1931.

Robineau (M^{lle}). — Congrès d'Obstétrique, de
Gynécologie et de Pédiatrie, 1904. *Bulletin
médical*, 1904, page 399.

Roulland (H.). — Un cas de métrorragies syphi-
litiques, traité avec succès par le Néosal-
varsan et le mercure. *Société des chirurgiens
de Paris*, février 1920.

Rubinstein (A.). — Contribution à l'étude de la
Syphilis tertiaire du col de l'Utérus. *Revue
Médicale Américaine*, t. XIII, p. 1.077, 1928.

Rudaux (P.) et Montlaur. — Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire. Masson et C^{ie}, 1931.

Saguet. — Ménorragies de nature syphilitique. *Union médicale du Nord-Ouest*, janvier 1899, n° 2, page 23.

Séjournet (P.). — Les hémorragies de la syphilis tertiaire de l'utérus.
— Observations à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie.
— Mémoire : la Gynécologie 1923.

Siredey. — Congrès d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Rouen, 1904. *Bulletin médical*, page 399, 1904.

Siredey et Faure. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, 1911, page 753-759.
Nouvelle édition, Paris (1925).

Schwarz. — Syphilis tertiaire du col. *American journal of obstétrique*, juin 1913.

Sosnowsky. — Syphilis de l'Utérus. *Surgery, Gynecology and Obstetric*, nov. 1922, pages 610-613.

Spinelli. — La syphilis utérine tardive. *Archivio italianno di Gynecologia*. Naples, 1900.
Page 571.

Théoaride et Mavrianopol. — Métrorragies dûes à la syphilis utérine tardive. *Gynécologie et Obstétrique*. Bucarest, nov. 1924.

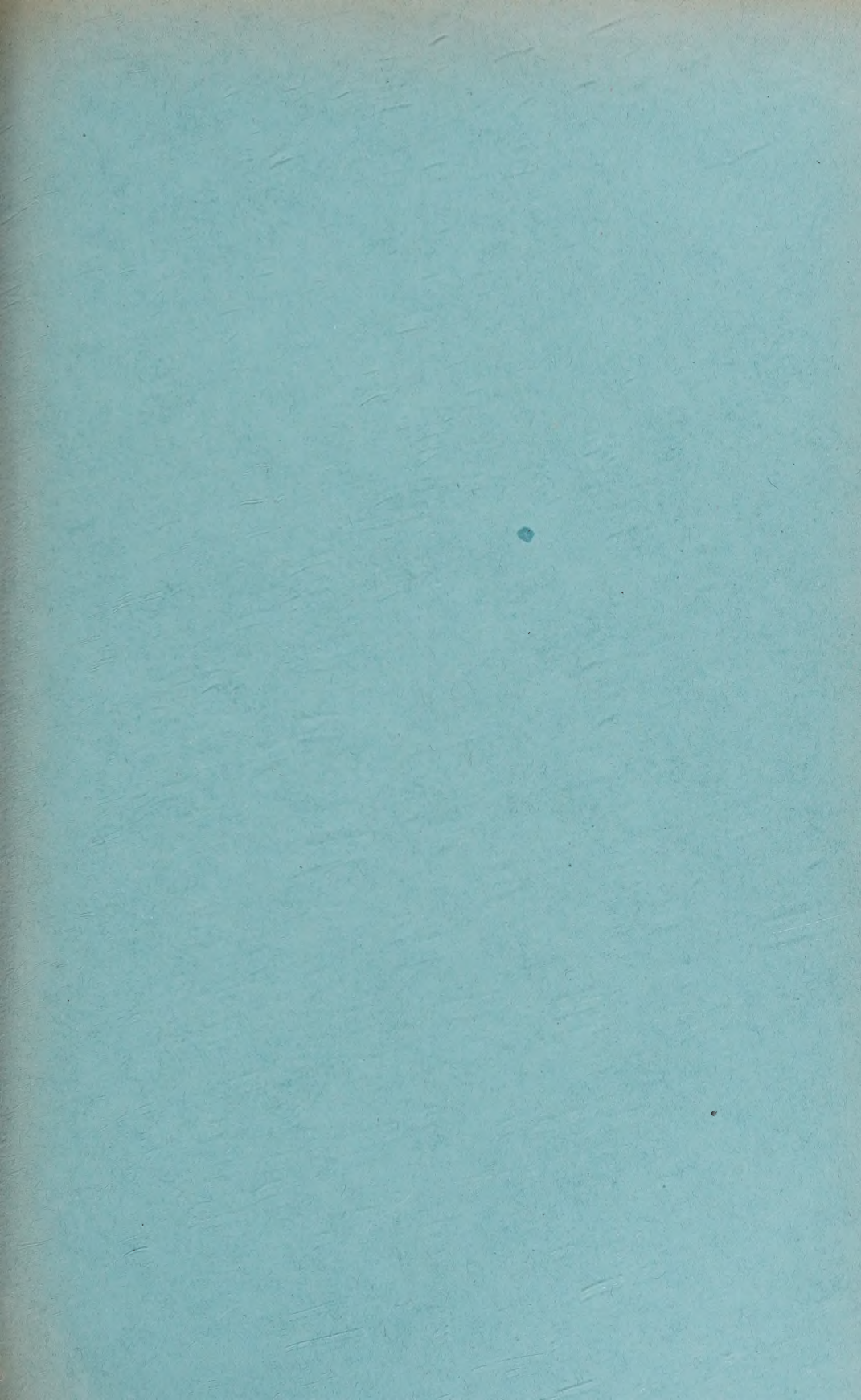
Touraine (A.). — Syphilis et cancer du col de l'utérus. *Paris médical*, 5 mars 1932, p. 207-210.

Verchère. — Congrès périodique d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie. Rouen 1904, page 399.

Vernes. — Atlas de syphilimétrie.

Zuckermann (Ch.). — Deux cas de syphilis du col utérin. *Revue mexicaine de Biologie* (septembre-octobre 1928).

Imp. F. Boisseau — 34, Rue du Taur, Toulouse.



111

